

Missbrukarvårdens öppna vårdformer

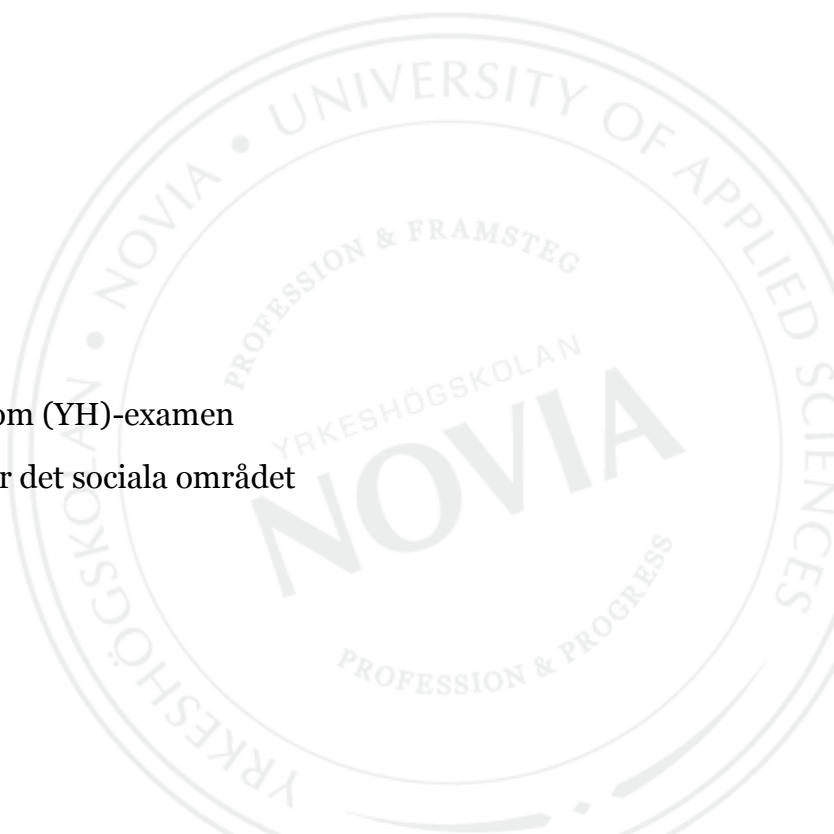
– en kartläggning

Kjell Blomberg

Examensarbete för Socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för det sociala området

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Kjell Blomberg

Utbildningsprogram och ort: Socionom (YH), Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Socialomsorg för äldre

Handledare: Mona Granholm, Ralf Lillbacka

Titel: Missbrukarvårdens öppna vårdformer – en kartläggning

Datum 18.02.2013

Sidantal 53

Bilagor: Beställare, enkätfrågor

Abstrakt

Examensarbetet behandlar kommunernas skyldighet att ordna missbrukarvård av god kvalitet. God missbrukarvård bör vara lättillgänglig, mångsidig, professionell, icke-diskriminerande, stigmatiserande, tillräckligt omfattande och erbjuda klienterna möjligheter till delaktighet i vården. I den teoretiska delen behandlas kvalitetskriterierna och deras grund i lagstiftning och kvalitetsrekommendationer. Det kan konstateras att kriterierna är svåra att definiera och mäta och att det därför kan bli svårt att bedöma om det avsedda målet uppnås.

I arbetets empiriska del redovisas resultat från en webbaserad enkät som riktades till kommunala tjänstemän och förtroendevalda inom den sociala sektorn. Syftet var att undersöka deras åsikter om hur kommunen lyckas med arrangerandet av missbrukarvård. Speciellt undersöktes åsikter om öppenvårdens kvalitet och huruvida den vård som erbjuds kan anses motsvara det behov som finns i kommunen. För att komplettera undersökningsresultaten gjordes också en intervju med en terapeut vid en A-klinik.

Frågorna gällde både utbud och efterfrågan av olika tjänster inom kommunernas missbrukarvård samt de kommunala tjänstemännens och beslutsfattarens med köp av tjänster från tredje sektorn med eller utan RAY stöd. Av de svarande anser 45 % att det är möjligt att köpa tjänster med RAY stöd, medan 25 % föredrar alternativet att utöka kommunens eget utbud av tjänster och 19 % föredrar köp av tjänster från andra kommuner. Endast 7,7 % av de svarande är villiga att köpa tjänsten från tredje sektorn utan finansiellt stöd från RAY.

Undersökningsresultaten visar att 57 % av de tillfrågade tycker att utbudet av vård och service inom missbrukarvården inom den egna kommunen är tillräckligt, medan 33 % tycker att det finns för litet utbud. Trots att mer än hälften av de svarande anser att serviceutbudet är tillräckligt så saknas i vissa kommuner stödboende, dagcenter, dagverksamhet och arbetsverksamhet. Resultaten visar också att informationen till klienterna om olika vård- och servicealternativ är bristfällig. Det kan även konstateras att instrumenten för bedömningen av behovet av tjänster ännu är otillräckliga, diffusa och varierar från kommun till kommun.

Språk: Svenska

Nyckelord: Missbrukarvård, tillgänglighet, kvalitet, tjänsteutbud, öppenvård, dagcenter, stödboende, delaktighet

Bachelor's thesis

Author: Kjell Blomberg

Educational programme and location: Social worker (YH), Vasa

Specialization: Social care for elderly people

Supervisors: Mona Granholm, Ralf Lillbacka

Title: Outpatient care for substance abusers – a survey

Date 18 February 2013 Number of pages 53 Appendices: Orderer, questionnaire

Abstract

My Bachelor's thesis deals with the municipalities' obligation to provide substance abuse treatment of good quality. Good substance abuse treatment should be easily accessible, versatile, professional, non-discriminatory, non-stigmatizing, and sufficiently comprehensive as well as offer clients opportunities for involvement in their care. The theoretical part deals with the quality criteria; their basis in legislation and their recommendations concerning quality. However, the criteria are difficult to define and measure which may make it difficult to assess whether the intended objectives are reached.

The empirical part of the thesis presents the results of a web-based questionnaire sent to municipal officials and elected representatives within the social sector. The aim was to investigate their opinions on how the municipality succeeds in providing substance abuse treatment. Special focus was put on their opinions about the quality of outpatient care and whether the care offered could be considered to correspond to the needs in the municipality. To complement the findings of the study, an interview with a therapist at an A-Clinic was also carried out.

The questions focused both on the supply and demand of various services within the substance abuse care of the municipalities, as well as on the municipal officials' and decision-makers' willingness and readiness to complement municipal services with the purchase of services from the third sector, with or without the support of RAY. Of the respondents, 45 % consider it possible to purchase services with RAY support, while 25 % prefer the option to expand the municipality's own range of services and 19% prefer purchasing services from other municipalities. Only 7.7 % of respondents are willing to buy the service from the third sector without financial support from RAY

The survey results show that 57 % of the respondents find that the range of care and services for substance abusers in their own municipality is adequate, while 33% find that there are too few options. Although more than half of the respondents believe that the service offered is sufficient, in some municipalities there is a lack of supported housing, day centers, day activities and occupational activities. The results also show that the information to the clients about various care-and service options is inadequate. It may also be noted that the instruments for assessing the need for services are still inadequate and vague and vary from municipality to municipality.

Language: Swedish

Key words: Substance abuse treatment, availability, quality, provision of services, outpatient care, day centre, supported housing, involvement

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Syfte och problemprecisering/problemformulering	1
1.2	Metoder och tillvägagångssätt	1
1.3	Definitioner.....	2
2	Missbrukarvårdens servicesystem.....	2
2.1	Allmän service inom social- och hälsovården	4
2.1.1	Socialservice	4
2.2	Specialtjänster inom missbrukarvården.....	5
2.2.1	A-kliniker, Ungdomsstationer och hälsorådgivningsstationer	5
2.2.2	Akutvårdsstationerna	6
2.2.3	Dagcenterverksamheten.....	7
2.2.4	Arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.....	8
2.2.5	Skyddshärbärgen.....	8
2.2.6	Serviceboendet	9
2.2.7	Stödbostäder	9
2.2.8	Hemservice med inriktning till missbrukare.....	10
2.3	Institutionsvården	10
2.4	Gränsdragningen mellan öppenvård och institutionsvård	11
2.5	Allmän hälso- och socialvård eller specialtjänster	12
2.6	Sociala rättigheter som utgångspunkt	12
2.7	Subjektiva och anslagsbundna rättigheter	13
2.8	Lagstadgad socialservice	14
3	Klientens ställning och rättigheter	14
3.1	Rättigheter i fråga om tjänstens omfattning.....	17
3.2	Rättigheter i fråga om tjänsternas kvalitet.....	17
3.3	Vad är behov?.....	19
4	Organiserandet och finansiering av tjänsterna	19
4.1	Anordnandet av tjänsterna.....	21
4.2	Tjänstens tillgänglighet.....	22
4.3	Köpta tjänster	24
5	Strategi för missbrukarvården/missbrukarvård.....	26
5.1	Beslutsprocess.....	27
5.2	Uppföljningen av vårdbehovet i kommunen	27
6	Metoddiskussion.....	30
7	Redovisning och analys av enkätsvaren.....	30
7.1	Vårdalternativ via A-klinik, A-rådgivning eller utsedd socialarbetare.	30

7.2	Vårdens tillgänglighet.....	31
7.3	Tillgänglighet i frågan om avstånd	31
7.4	Har kommunen de avtal som behövs för att uppfylla behoven i kommunen? 32	
7.5	Bedömning av behoven i kommunen enligt enkätsvaren	32
7.5.1	Erbjuds det tillräckligt med öppenvårdstjänster i kommunen?	34
7.5.2	Brister i öppenvårdstjänster för missbrukare i din kommun	34
7.5.3	Tänkbara sätt att komplettera missbrukarvårdens utbud i kommunen	35
7.5.4	A-klinikens tillgänglighet i tid och när det gäller avstånd	35
7.5.5	Dagcenterverksamhet för missbrukarvårdens klienter	36
7.5.6	Hemvård riktad till missbrukare	37
7.5.7	Stödboende för missbrukare	37
7.5.8	Avbrytningsvård	38
7.5.9	Köp av tjänster från tredje sektorn	38
7.5.10	Representation i nämnden	38
7.5.11	A-kliniks-terapeutens perspektiv	39
8	Kritisk granskning och slutdiskussion.....	41

1 Inledning

De senaste 10 åren har jag jobbat med missbrukare, och temat för detta examensarbete kändes därför som ett naturligt val. Att min arbetsgivare dessutom beställde en undersökning med syftet att ta reda på kommuners intresse att köpa öppenvårdstjänster från tredje sektorn underlättade också valet av ämne. Genom mitt arbete inom missbrukarvården har jag en relativt god kännedom om olika kommuners organisation av missbrukarvård som inkluderar öppenvård. Mitt val av undersökningsområde är begränsat till norra Österbotten. Sydösterbotten har redan ett fungerande system genom sitt K-5 projekt. Senare fick jag reda på att det finns brister då det gäller dagcenterverksamhet, som bland annat lett till att man startat en A-rådgivning för sydösterbottningarna. Men när det gäller den regionen är strukturen oklarare och avstånden till A-klinikerna, -rådgivningarna långa på grund av de stora samarbetsområdena. Det finns en A-rådgivning i Vasa och A-klinik i Karleby och en i Jakobstad. Vissa kommuner finns alltså relativt långt från den service som erbjuds.

1.1 Syfte och problemprecisering/problemformulering

Syftet med detta arbete är att jag, ur olika perspektiv, undersöker valda kommuners behov av hjälp från tredje sektorn för att kunna ordna en tillfredställande öppenvård, samt kommunernas beredskap att betala för detta. Även om de personer som jag skickade enkäten åt inte är många, är det ändå intressant att se om man kan upptäcka några signifikanta skillnader i nämndemännens och tjänstemännens svar.

Syftet med enkäten är att ta reda på huruvida nämnde- och tjänstemännen upplever att öppenvården inom missbrukarvården är tillfredställande ordnad i den kommun man representerar. Jag kommer också att göra några reflektioner utgående från områdets missbrukarvårdsstrategi och andra faktorer som kommer fram i undersökningen.

Utgående från *"Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer"* (2001:7) kompletterad med *Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården* (2002:4) gör jag en enkätundersökning med syfte att kartlägga behovet av kompletterande öppenvårdsåtgärder inom missbrukarvården. Enkäten riktas till socialnämnder och tjänstemän i kommunerna mellan Vörå och Karleby.

1.2 Metoder och tillvägagångssätt

Undersökningen gjordes via en nätbaserad enkätundersökning som skickades till socialnämndernas representanter i de utvalda kommunerna och även till de tjänstemän som arbetar i norra Österbottens social- och hälsovårdsnämnder. De kommuner som deltog i undersökningen var Karleby, Kronoby, Larsmo, Jakobstad, Pedersöre, Nykarleby, Vörå.

1.3 Definitioner

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812) definierar en "klient" som den som ansöker om eller anlitar socialvård (§ 3).

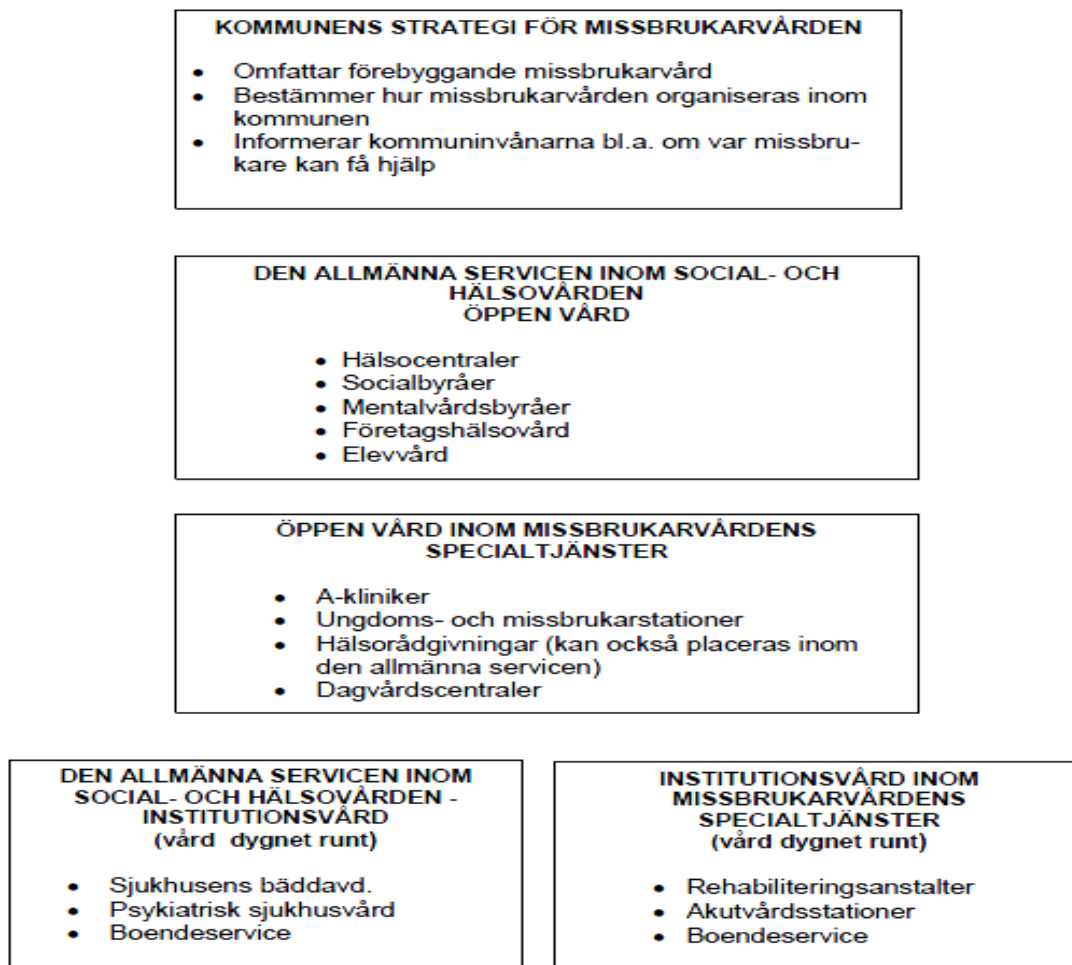
Begreppet alkoholism (Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005) ,eller alkoholist, är ett begrepp som används på mycket varierande sätt, både gällande dess innebörd, samt de attityder och värderingar som det förmedlar. Var går gränsen mellan bruk, riskbruk och missbruk? Och vad förmedlar vi genom att kalla någon missbrukare? Begreppen kan vara svåra att förstå och jag har, därför, valt att inkludera (icke-uttömmande) definitioner av dem. Objektet för missbruket kan variera och behöver enligt Nakken (1996. s.25) inte alltid vara alkohol eller droger, det kan lika bra vara frågan om mat, sex, spel, idrott osv. Det vi inte alltid erinrar oss då vi använder de olika uttrycken och benämningarna är att ordavalet kan vara viktigt för hur vi lyckas i bemötandet av klienten. Tänk bara på hur ordet "missbrukare" har en negativ laddning och förmedla en negativ värdering. Att *bruka* eller använda något anger ju ingen värdering, medan att *missbruka* är att medvetet göra fel. Man vet hur det borde användas men man brukar medvetet objektet felaktigt. Att tala om "missbruk" med en brukare som redan accepterat sitt missbruk går an, men att i ett tidigt skede benämna någon som missbrukare, eller använda ordet på ett sätt som uppfattas fördömande, kan redan i ett tidigt skede förstöra vårdrelationen. Cullberg (1999, 375) definierar alkoholism som ett sätt att förhålla sig till alkohol som kännetecknas av att kontrollen över drickandet har förlorats. Enligt Heilig (2005/2006, 2) rör det sig om en process där beroendemedlet alkohol efter hand tar över den normala, friska beteendekontrollen, och patienten får svårigheter att styra beteendet. Nakken (1996, 25) betonar att utvecklandet av ett beroende är en process som börjar med att individen allt mera flyr till ett objekt eller en handling för att uppnå en viss välbefinningskänsla. Individen får då en känsla av att kunna kontrollera hur han/hon mår. Så småningom tar dock bruket av händelsen eller objektet över allt mera av individens tid. Det som, till en början, gav en känsla av kontroll, ger nu upplevelsen av olust, som i sin tur ger upphov till att behovet av att fly in i missbruket ökar. Man kan då säga att en missbrukaridentitet har uppstått och att individen insjuknat i en obotlig men behandlingsbar sjukdom. Sjukdomen kännetecknas av brutna relationer till familj och vänner, en andlig högre makt, till jaget och till gemenskaper över huvud taget. Den enda relation och det enda som betyder något är nu missbrukaridentiteten (Anonyma Narkomaner (2002, 3-4).

2 Missbrukarvårdens servicesystem

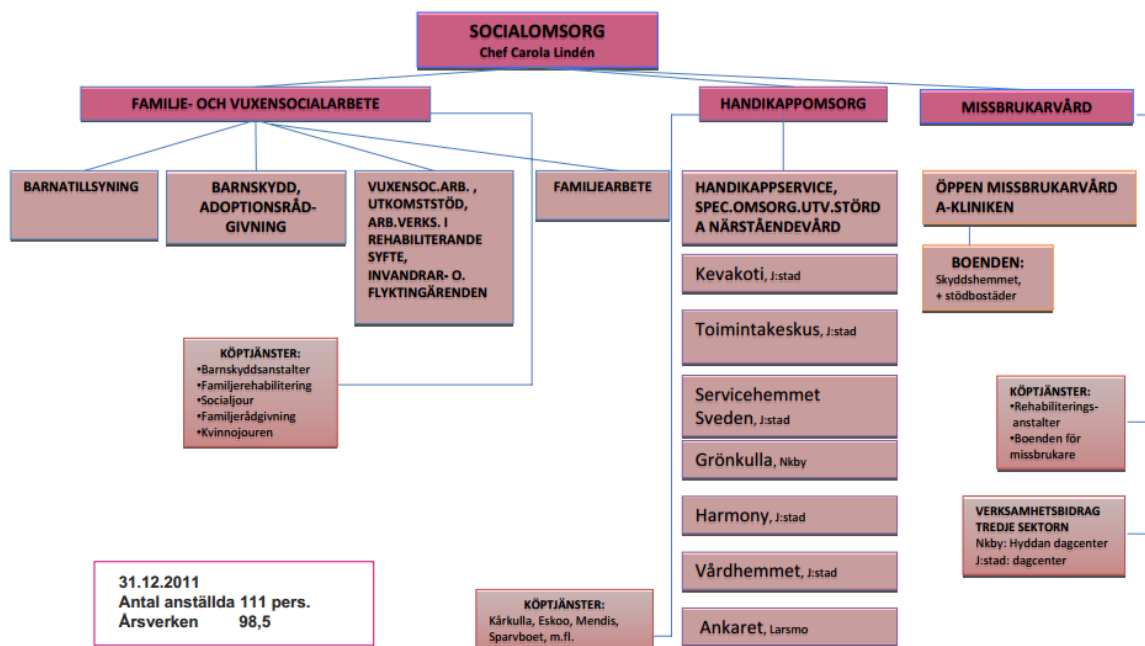
Innan jag går djupare in i de olika detaljerna och definitionerna är det på sin plats med en liten skiss över hur vårdssystemet inom missbrukarvården är uppbyggt. Detta gör jag genom följande bild. Som figur 1 visar bör varje kommun ha en strategi för missbrukarvården där även förebyggandet av missbruk finns med. I strategin bör det framkomma hur missbrukarvården organiserats och hur kommuninnevånarna får information om var man kan söka hjälp. Som vi ser så rör det sig om vad vi skulle kunna kalla fem "boxar". Strategin gör de olika enheterna medvetna om varandra, samt möjliggör statistik och uppföljning som kan användas för att utvärdera arbetet.

I Jakobstad ser strukturen ut på detta sätt.

Vårdsystemet kan beskrivas med följande schema:



Figur 1 Vårdsystemet inom missbrukarvården



Figur 2 Servicestrukturen för missbrukarvården i Jakobstad

2.1 Allmän service inom social- och hälsovården

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4. s 25) består allmän service eller "basservice" av den service som är allmänt tillgänglig för varje invånare vid kommunernas hälsocentraler. Den allmänna hälsovården, också kallad primärhälsovård, verkställs på basis av befolkningens storlek och sammansättning med hjälp av enheter som t.ex. består av en hälsocentralläkare och en socialarbetare (eller socionom med yrkeshögskoleexamen). Primärhälsovården ansvarar, i de flesta kommuner, för jourtjänsten och första hjälp i samband med rusmedelsproblem. De övriga enheterna inom den allmänna basservicen, så som mentalvårdsbyråerna, hemsjukvården, rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård, skol- och studenthälsovården samt företagshälsovården spelar en avgörande roll när det gäller att upptäcka rusmedelsproblem i ett så tidigt skede som möjligt, samt att erbjuda hjälp och vård. Det är i många kommuner inom den allmänna hälsovården, eller primärhälsovården, som man i allmänhet erbjuder akut- och avvänjningstjänster inom missbrukartjänsten, samt skador och rusmedelsrelaterade sjukdomar och förgiftningar. Det är alltså inom primärhälsovården som man bedömer vårdbehovet och lotsar den vårdbehövande till den rätta vårdplatsen.

2.1.1 Socialservice

Till den allmänna socialservicen räknas bl.a. socialarbetet, barnskyddet, barndagvården, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, äldrevården, hemvårdstjänsterna, boendeservicen samt mödra- och skyddshemmen. (2002:4, 25) Vanligtvis består socialarbetet av handledning, rådgivning och utredning av olika sociala problem. Vården kan vara individuell eller familjeinriktad. Genom att det kommunala socialarbetet riktar sig till de kommuninneboende och familjer som har det svårast ställt intar man "en nyckelställning när det gäller att identifiera förekomsten av sociala

problem bland kommuninvånarna.” Därför blir det också ofta socialarbetaren som, vid behov, kan hänvisa klienten till annan vård.

Socialarbetets målsättning är att eliminera eller minska familjens problem, bland annat genom att påverka problemets bakgrundsfaktorer för att därmed minska de svårigheter som problemen förorsakar. Socialarbetaren tar med hela klientens livssituation i bilden då han eller hon försöker visa på klientens möjligheter att påverka sin livssituation. Till det sociala området hör också hemvårdstjänster. Det hör till socialarbetarens uppgifter att ge råd till klienterna och informera dem om möjligheten att anlita hemvårdstjänster, samt hjälp med ordnande av betalningar, utkomst och boende. Det är också ofta via socialbyråerna som klienterna hänvisas till rehabilitering inom missbrukarvården, i större kommuner via A-kliniken.

I de fall där en person i öppenvården ges service i hemmet och därtillhörande regelbunden stödservice har, i allmänhet, en service- och vårdplan gjorts upp. Den avgift som tas ut för servicen fastställs enligt vård- och serviceplanen. Avgifter för kommunal hemvårdshjälp och sjukvård fastställs i förordningen om klientavgifter och hyra för boende i servicebostäder eller inom den övriga boendeservice som kommunen ordnar. En person i öppenvård kan också få annan kommunal service än hemservice och hemsjukvård. *Han eller hon kan t.ex. regelbundet besöka ett sjukhus eller en hälsocentral för att få vård i serie, dagvård eller nattvård (2009/1806).*

2.2 Specialtjänster inom missbrukarvården

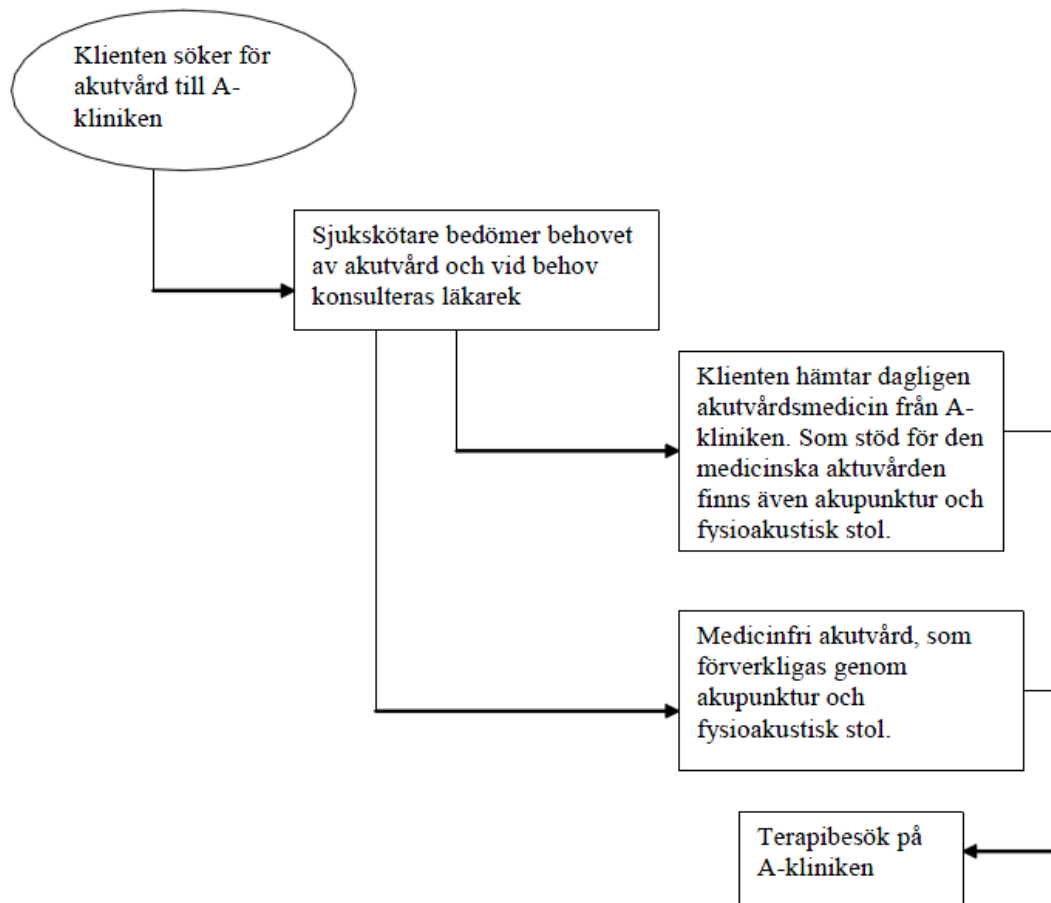
Enligt Kvalitetsrekommendationen (2002:4, 26) hör missbrukarvårdens specialtjänster oftast till socialförvaltningen. Vid sidan om dem har det uppkommit ett antal specialtjänster inom hälso- och sjukvården som specialiserat sig på vård av missbrukare. Specialtjänster, som i detta fall är riktade till missbrukaren, kan indelas i öppen vård, mellanformer såsom mödrahem och boendeservice, samt rehabilitering vid institution.

Inom öppenvården i Finland finns flera olika aktörer varav A-kliniken och A-rådgivning är en av de större och mera allmänna öppenvårdsenheterna som *”erbjuder hjälp vid missbruk och därtill hörande sociala, somatiska och mentala problem. Arbetet består i huvudsak av individ-, familje- och gruppterapeutiska diskussioner och läkemedelsbehandling. Vid A-klinikerna ges också poliklinisk akutvård. År 2000 fanns 75 A-kliniker i Finland. Klinikerna besöks årligen av cirka 40 000 klienter och det totala antalet besök är omkring 350 000 per år”.*

2.2.1 A-kliniker, Ungdomsstationer och hälsorådgivningsstationer

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 26) har man i vissa kommuner skapat det man kallar Mångservisenheter där man slagit ihop *”A-kliniken, mentalvårdsbyrån och/eller familjerådgivningsbyrån”* till en enhet. Kommunernas ungdomsstationer är enheter inom öppenvården som har som uppgift att hjälpa ungdomar och deras anhöriga med missbrukarproblem. Dessa enheter är ganska lika A-klinikerna i sin verksamhet och därför oftast också kopplade till A-klinikerna. Tanken med de olika enheterna är att göra dem tillgängligare och genom att b.la. förlänga öppettiderna och erbjuda möjligheten att söka hjälp anonymt. Via dessa enheter får man också hjälp med

att komma vidare till andra vårdplatser. Runt om i landet, främst i städer, finns det som vi brukar kalla "sprututbytesstationer" eller hälsorådgivningsstationer som erbjuder möjligheten att byta ut sina gamla injektionssprutor mot nya. Där får man också hälsorådgivning och hepatitvaccinering och övriga tjänster varigenom man kan minska missbrukets skadeverkningar.



Figur 3 Öppenvårdens akutvård i Jakobstad

2.2.2 Akutvårdsstationerna

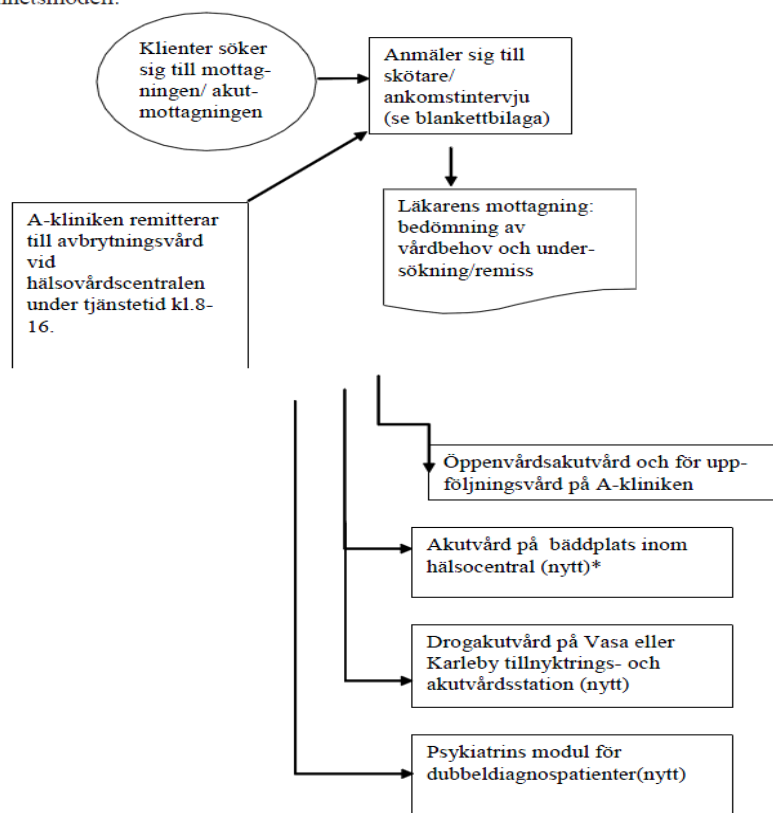
Avbrytningsvården, ofta kallad "Katko" från det finska ordet, hjälper missbrukaren avbryta den onda cirkeln i samband med rusmedelsanvändning. Olika kommuner kan ha ordnat avbrytningsvården på olika sätt. På många rehabiliteringsenheter erbjuder man också ofta avbrytningsvård. Det som kännetecknar avbrytningsvården är dess öppethållning dygnet runt eftersom kritiska skeden kan uppstå. Vissa kommuner erbjuder denna tjänst vid hälsostationernas bäddavdelningar och vid psykiatriska sjukhus.

Så här ser utvecklingsplanen för tillnyktrings- och akutvården på bäddavdelningen i Jakobstad ut enligt rusmedelsstrategin (2008-2010, s 21).

Bilaga 4

Utveckling av tillnyktrings- och akutvården på bäddavdelning

Verksamhetsmodell:



Figur 4 Plan för utveckling av tillnyktrings- och akutvård på bäddavdelningen

2.2.3 Dagcenterverksamheten

Dagcentren har blivit en allt viktigare form av missbrukarvård och anlitas av många. Ofta erbjuder dessa platser klienterna mat till självkostnadspris, tvättmöjligheter, ibland också arbets- och hobbyverksamhet, samt framförallt sociala kontakter. *"I missbrukarvårdens verksamhetsprinciper och praxis bör man också ta hänsyn till behovet av socialt stöd för de klienter som saknar familj och sociala relationer."* Dagcentren verkar antingen separat eller i samband med övriga tjänster, privat eller offentligt. Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 17,27) beräknas dagcentrens anlitas av 5000 – 10 000 personer årligen.

Enligt en intervju med en av socialterapeuterna på A-kliniken i Jakobstad (28.11.2012) har staden i dagens läge ingen egen dagcenterverksamhet riktad till missbrukare. Däremot har man i huset bredvid A-kliniken inlett ett grundligt renoveringsarbete för att där upprätta en dagcenterverksamhet. De flesta av dem som jobbar med renoveringen av dagcentret är långtidsarbetslösa som under ledning av tekniska verkets arbetsledare utför arbetspraktik på bygget. Utvecklandet av dagcentret är delvis en del av ett projekt med en anställd projektsekreterare. Dagcentret på Pingstkyrkan fungerar på frivillig basis, är öppet en dag i veckan och sysslar främst med matservice utan större inblandning från A-klinikens sida. Få av det klientel som besöker A-kliniken besöker dagcentret i Pingstkyrkan. Projektet är ekumeniskt -det finansieras och planeras av sociala samarbetsorganet i Jakobstad som består av

församlingar och andra föreningar, kyrkans diakoner. Socialen och A-kliniken finns också representerad. Denna grupp har möjlighet att ansöka om pengar från staden och andra fonder för att bedriva frivilligarbetet så som dagcentret.

Målsättningar för dagcenterverksamheten är, enligt missbrukarvårdsstrategin (2008-2010, 41), att förebygga utslagning och skadeverkningar av missbruk, stöda missbrukare och deras familjer genom sammanhållande medel, hjälpa och stöda missbrukaren i hans bemästrande av vardagen, stöda utslagna och mindre bemedlade medmänniskor (förmånlig mat, möjlighet att läsa tidningar, använda internet och tvätta kläder) samt styra missbrukare mot arbetsliv och aktiviteter.

I Jakobstadsregionens rusmedelsstrategi (2008-2010, 40) planerar man ett dagcenter som fungerar på kristen värdegrund och är öppet tre dagar i veckan.

"Dagcentret skulle vara tvåspråkigt och en plats att träffa nyktra personer och där man kunde få ett förmånligt mål mat, tvätta smutsbyke, läsa tidningar, spela och lära sig utnyttja dator för uträttande av olika ärenden. Vid dagcentret kan man utföra lättare underleverantörsarbeten och på så sätt få fickpengar. Vissa dagar är det möjligt att träffa en representant antingen för församlingen eller socialväsendet på dagcentret, med vars hjälp man kan utreda sin sociala eller ekonomiska situation."

Målsättningen är att stödja dagcenterbesökaren i hans vardagsliv både då det gäller att hitta nyktra vänner och då det gäller sunda vanor. Dagcenterverksamheten bör vara utformad så att besökaren känner sig välkommen och ser fram emot att besöka det. Eftersom dagcentren är öppna på dagtid, och en plats som bara kan besökas i nyktert tillstånd, stimuleras både nykterhet och dygnsrytm. Ofta blir också vardagsgöromål så som tvätt av kläderna övermäktigt: man vill ha rena kläder men man får inget gjort åt saken. Då är det bra att få hjälp med sådant på samma gång som man får umgås med vänner på dagcentret.

2.2.4 Arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte

Till en av de verktyg som borde vara mer eller mindre självklara inom varje form av öppenvård och dagcenterverksamhet hör utan tvivel arbetsverksamhet i rehabiliterande syfte.

"Med åtgärderna enligt lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte förbättras förutsättningarna för en person som till följd av långvarig arbetslöshet erhåller arbetsmarknadsstöd eller utkomststöd att få arbete på den öppna arbetsmarknaden. Med hjälp av lagen får han eller hon bättre möjligheter att delta i utbildning eller andra åtgärder som Arbetskraftsmyndigheterna erbjuder för att främja arbetsverksamheten." (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 14)

2.2.5 Skyddshärbärgen

Skyddshärbärgena kallas enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 27) de platser som kommunen erbjuder som tillfälliga inkvarteringsställen. På skyddshärbärgen kan även rusmedelspåverkade personer få nattlogi på den så kallade "våta" avdelningen.

"Förutom övernattning erbjuder de också övriga tjänster i varierande omfattning. Skyddshärbärgenas antal har minskat sedan slutet av 1980-talet. Deras klientel har bestått av samhällets mest utslagna missbrukare. Vid skyddshärbärgena noterades år 2000 cirka 71 000 övernattningar."

I sin avhandling vid Vasa universitets Filosofiska fakultet ger Jan-Erik Helenelund (2011) uttryck för följande tankar om skyddshärbärgen i förordet till sitt arbete *"Jag vill inte heller dölja det faktum att min personliga uppfattning är, och har varit, att ett välfärdssamhälle bara måste få bukt med bostadslösheten. Långvarig bostadslöshet utan tak över huvudet, eller enbart skyddshärbärg som lösning borde ingen utsättas för."* Enligt honom bör skyddshärbärgena enbart vara en tillfällig lösning på vägen till en fastare bostad (2011, 87) och att *"även skyddshärbärgena bör erbjuda förhållanden som bygger på ett människovärdigt boende."*

Skyddshemmet erbjuder enligt min intervju med socialterapeuten på A-kliniken (2012 min 23.01) möjlighet för de sämre bemedlade att dagligen få mat. Skyddshemmet får i sin tur mat som blivit över på skolor och Teboil att dela ut till sina klienter och de behövande. Dess personal genomgår just nu en uppdatering i sin skolning där bl.a. praktikperiod på A-kliniken ingår.

2.2.6 Serviceboendet

Kvalitetsrekommendationen (2002:4, 27) definierar serviceboende enligt följande *"Serviceboendet är en på vårdrelationen grundad dygnetruntservice till de missbrukare som dagligen är i behov av stöd och hjälp antingen tillfälligt eller bestående."* Tjänsterna på sådana enheter varierar mycket till sin natur och köps ofta in från producenter inom tredje sektorn. De största skillnaderna finns oftast i hur länge en klient bor på ett serviceboende och på personalstrukturen.

"Förutom boende erbjuds i de här enheterna också andra tjänster, som t.ex. möjlighet till olika former av vård och rehabilitering samt tillgodoseende av individernas grundbehov, t.ex. måltider. Vårdhemmen är rehabiliterande boendeservice till personer i aktiv ålder, och deras målsättning är att rehabilitera klienten till självständigt boende, möjligen också till arbete. Vårdhem finns såväl i samband med rehabiliteringsenheter som separat. Servicehemmen erbjuder husrum för längre perioder, även permanent inkvartering åt äldre missbrukare. I enheterna för boendeservice noterades år 2000 cirka 504 500 inkvarteringsdygn. Det totala antalet platser är cirka 1 500 och antalet boende per år är ungefär 5 000."

2.2.7 Stödbostäder

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 27-28) är målsättningen med stödbostäderna att hjälpa den boende till ett självständigt liv genom olika stödåtgärder. I vårt land finns relativt många stödbostäder även om det exakta antalet är svårt att bedöma. Man uppskattar att det i mitten av 1990-talet fanns 6 500 –7 000, varav ungefär hälften upprätthölls av olika organisationer inom tredje sektorn. *"Bostäderna är antingen separata enheter, bostadsklunkor i samma trappa eller speciellt för självständigt stödboende avsedda rad- eller hyreshus, eventuellt med gemensamma dagcenter- och hobbylokaler samt bostäder för stödfamiljer."*

Boendeservice ges till personer som av särskild orsak behöver hjälp eller stöd vid ordnandet av bostad eller boendeförhållanden (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 8).

2.2.8 Hemservice med inriktning till missbrukare

Hemservicen är ett av de områden jag kommer in på i min enkät i frågan om det finns hemvårdare som är specialiserade på hemvård riktad till klienter med missbrukarproblem. Hemservicen är ju i första hand avsedd för dem som har nedsatt funktionsförmåga dit många missbrukare, utan tvivel, kan anses höra. Inte sällan behöver de hjälp för att klara uppgifter och funktioner som hör till den normala livsföringen. Många hemvårdare bereds ju möjligheten att inrikta sig på mental- och missbrukarproblem vilket ju borde göra att det finns sakkunnig personal (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 8).

2.3 Institutionsvården

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 22,28) erbjuder institutionsvården inom missbrukarvårdens specialtjänster vård dygnet runt. Kommunen behöver inte själv producera dessa tjänster men behöver ha med dem i sin serviceplan. Hit hör också de tjänster som erbjuds inom vissa centralsjukhus med enheter som specialiserat sig på missbrukarvårdens psykiatri. Allvarligare psykiska och somatiska problem som uppkommit på grund av missbruk bör skötas av den specialiserade sjukvården.

"Rehabiliteringsinstitutionerna erbjuder såväl akutvård som rehabilitering under en längre tid. De viktigaste arbetsformerna är individ- och gruppdiskussioner, förbättring av individernas hälsotillstånd, funktionell rehabilitering samt planering av fortsatt vård efter institutionsvården."

Vårdperiodens längd varierar från en vecka till några månader. Vid vård av personer med narkotikaproblem är vårdperioderna i allmänhet längre och kan räcka flera månader. År 2000 fanns i Finland 47 enheter som erbjöd institutionsvård för rusmedelsmissbrukare. Siffran inkluderar akutvårdsstationerna. Klienternas antal var 11000 och vård dygnet uppgick till cirka 278 000.

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 22) är kommunerna förpliktigade att ordna missbrukarvård. Vården skall vara ordnad så att den till innehåll och omfattning motsvarar behovet i kommunen. Rekommendationen talar inte bara om vård av missbrukaren utan också om klientens familj och övriga anhöriga. Tjänsten ges på basen av det behov av stöd, hjälp och vård som klienten och hans anhöriga har. Dessutom betonas att *"vård skall kunna sökas på eget initiativ och man bör i möjligaste mån stöda klientens förmåga att klara sig på egen hand."* Med tanke på det sistnämnda är öppenvården den vårdform som bäst lär uppfylla detta kriterium. Specialtjänsterna är avsedda som komplement då öppenvårdens stödtjänster inte räcker till.

Missbrukarvårdens mål är att förebygga och minska missbruket av rusmedel och de negativa följder som det bär med sig, såväl för individen själv som för anhöriga, men också för samhället i stort (2002:4, 22).

Enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård (2009/1806) *"bestäms de grunder enligt vilka social- och hälsovårdens service är öppenvård eller institutionsvård. I förordningen bestäms dessutom de grunder enligt vilka institutionsvård är offentlig eller kontinuerlig."*

Tjänster som ordnats i andra verksamhetsenheter utanför institutionen anses vara öppenvård, om det inte finns tungt vägande skäl för att betrakta verksamheten som institutionsvård (2009/1806). Det som kännetecknar öppenvården är att klienterna bereds möjligheter att själva ordna tjänsterna och boendet. Men öppenvård kan även ordnas för en person som behöver mycket stöd eller vård och som på grund av sin sjukdom eller sitt handikapp inte kan delta i beslutsfattandet gällande sig själv eller sin vård (2009/1806).

2.4 Gränsdragningen mellan öppenvård och institutionsvård

I definitionen av öppenvård framgår det att gränsdragningen mellan vad som avses med öppenvård och institutionsvård inte alltid är helt klar. Med institutionsvård avses i första hand vård som sker på en institution med personal dygnet runt medan öppenvård sker i ett boende som klienten själv har valt. Det är alltså fråga om öppenvård även om klienten får assistans från institutionsvårdens personal dagligen. Huruvida det rör sig om öppenvård eller institutionsvård bedöms på basis av hela enhetens verksamhet, samt den vård klienterna får och behöver. Detta innebär att en och samma verksamhetsenhet kan ge både öppenvård och institutionsvård. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård 29.12.2009/1806 kap. 3)

Det som tydligast kännetecknar öppenvårdens klienter är att boenden själv betalar sin hyra och svarar för sina levnadskostnader samt för de tjänster som han eller hon får. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård 29.12.2009/1806 kap. 3)

Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård (2009/1806) är öppenvård all den vård som sker utgående från att klienten bor hemma eller i annat boende som han eller hon själv har ordnat. Även om personal från en institution har vårdansvaret och gör dagliga besök och uppföljningar klassificeras ändå vården som öppenvård.

Det som kännetecknar öppenvården är att klientens egna möjligheter att ordna tjänsterna och boendet betonas. Öppenvård kan även ordnas åt en person som behöver mycket stöd och vård eller någon som på grund av handikapp inte själv kan delta i beslutsfattandet gällande sig själv eller sin vård. Klienter i öppenvård bor alltså i en hyresbostad med hyreskontrakt eller i en bostad man själv äger. Av särskilt intresse för dem som erbjuder öppenvårdstjänster är att det enligt 4 § 2 mom. i aravagranskningslagen (1190/1993) går att tillhandahålla en aravalägenhet till en person som behöver särskild vård och omsorg utan att man gör ett hyresavtal. Själva tanken bakom stödboendet är alltså, klart och tydligt, att stöda klientens förmåga att själv så långt som möjligt sköta sina personliga angelägenheter på det sätt han eller hon föredrar (2009/1806. bilaga kap. 2).

För en klient i öppenvård med en regelbunden stödservice bör en vård- eller serviceplan som fastställer service och kostnader ha gjorts upp. *"De avgifter som tas ut*

av dem som får kommunal hemvårdshjälp och hemsjukvård fastställs enligt 3, 5, 6 och 13 § i förordningen om klientavgifter.” Utöver serviceavgifter tas separat hyra för bostaden som, i så fall, bör betraktas som stödbostad (2009/1806 bilaga kap. 2).

I Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården (2001:7) står följande i introduktionen om myndigheternas skyldigheter: *”Myndigheterna har till uppgift att främja människornas välbefinnande, [...] sörja för invånarnas social- och hälsovård i praktiken.”*

”Endast på basis av avtalet mellan kommunen och serviceproducenten är det inte möjligt att fastställa om det är fråga om institutionsvård eller öppenvård. [...] Om en verksamhet som kommunen själv har ordnat är öppenvård, är den öppenvård även då servicen ordnats som köpta tjänster enligt 4 § 1 mom. 4 punkten i statsandelslagen.” (2009/1806 bilaga kap. 6).

I samma broschyr beskrivs hur kommunerna bör sörja för invånarnas social- och hälsovård i praktiken. Hit hör även öppenvård riktad till missbrukaren och dennes anhöriga.

2.5 Allmän hälso- och socialvård eller specialtjänster

”Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården” (2000/812) är den lag som tydligast slår vakt om klientens ställning och rättigheter. ”Korjaava päihdetyö sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa annettavat päihdepalvelut sekä päihdehuollon erityispalvelut” (Stakes 2007). Socialvårdslagen fastställer de principer som är gemensamma för alla socialvårdstjänster samt hur de så kallade allmänna socialvårdstjänsterna skall anordnas. Organisationen av service i anslutning till missbrukarvården, mentalvårdstjänster, samt förebyggande vård bestäms separat.

Missbrukarvårdens styrinstrument

Det finns inom lagstiftningen för social- och hälsovården centrala allmänna lagar, kvalitetsrekommendationer, och speciallagar gällande vissa speciella områden. Social- och hälsovårdstjänsterna styrs främst av de allmänna lagarna. *”De personer som inte erhåller tillräckliga tjänster med stöd av de allmänna lagarna har rätt till tjänster fastställda i speciallagarna.”* Här förblir definitionen av *”tillräckliga tjänster”* ett något dunkelt begrepp. De klienter som man kan ligga i riskzonen är de klienter som inte är bra på att tala för sig själva och som inte heller känner till lagar och förordningar i tillräckligt stor utsträckning. Därför har speciallagarna *stiftats för att trygga vissa grupperns ställning, t.ex. personer med psykiska problem eller missbrukare.* (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 6).

2.6 Sociala rättigheter som utgångspunkt

Enligt grundlagen (Social- och hälsovårdsministeriet 2005,4) hör det till myndigheternas förpliktelser att *”främja invånarnas välbefinnande, hälsa och trygghet”*. Myndigheten som i detta fall kommer i fråga är kommunens social-, omsorgs och / eller hälsovårdsnämnd och dess tjänstemän. Varje nämndeman är politiskt vald och representerar sitt parti och, ofta också, sin kommun samkommunens fullmäktige. I kommunfullmäktige tas de avgörande besluten som i detta fall bereds och förverkligas

i social- och omsorgsnämnden. Enligt social- och hälsovårdsministeriets broschyr (2005, 4) tangeras social- och hälsovårdstjänsterna speciellt av grundlagsbestämmelserna om rätten till social trygghet. Grundlagsbestämmelserna är väldigt tydliga då de beskriver hur *"alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg"*. Här har vi två begrepp som i allra högsta grad är tolkningsbara *"den trygghet som behövs"* och *"människovärdigt liv"* –försörjningen sker ju via utkomststödet eller arbetslöshetskassan, medan begreppet *"omsorg"* kan uppfattas mera diffust. Man kan dock av tradition anta att det här gäller social-och hälsovården. En social omsorg torde alltså innebära mera än bara tryggad utkomst nämligen ett människovärdigt liv.

I samma broschyr fortsätter texten: *"myndigheterna skall också se till att varje invånare har tillgång till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster"*(2005, s 4). Det framkommer inte i texten vad man menar med *"tillräcklig"* sjukvård eller socialtjänst och inte heller vem som skall bedöma detta. I enkäten ingår en fråga där respondenten ombeds bedöma huruvida kommunen har tillgång till tjänster som motsvarar det behov som finns och hur man bedömt detta behov. Finns det ett system varmed man bedömer behoven eller är behovsprövningen godtycklig? En insikt i denna frågeställning kan fås från svaren på frågan om hur bedömningen gjorts, och särskilt alternativet *"vet inte"*. Undersökningen ämnar också påvisa huruvida medvetenheten om behoven varierar mellan tjänsteman och nämndeman. Här bör dock tas i beaktande att antalet tjänstemän i förhållande till nämndemän är relativt lågt.

Inte heller i lagstiftningen hittar vi klara definitioner på tillräcklig vård, eller hur vårdbehovet skall bedömas. Däremot ingår i lagstiftningen bestämmelser om hur man inom social- och hälsovården skall sörja för att tjänsterna finns tillgängliga. Begrepp som *"grundtrygghet och basservice"* förekommer, men en klar definition över det exakta innehållet *"framgår dock inte på lagstiftningsnivå och finns inte i övrigt definierat"* (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 4) framkommer inte.

2.7 Subjektiva och anslagsbundna rättigheter

I lagen anges de rättigheter till social- och hälsovårdstjänster som den enskilde kommuninnevånaren har. Tjänsterna indelas i subjektiva rättigheter och anslagsbundna rättigheter. Beträffande de subjektiva rättigheterna, så som barndagvård och vissa lagstadgade tjänster för handikappade samt rätten till brådskande sjukvård, är kommunen skyldig att reservera tillräckliga anslag för att tjänsten skall finnas tillgänglig i alla lägen (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 5). Eftersom en stor del av social- och hälsovårdstjänsterna är bundna till anslag blir konsekvensen ofta den att anslagets storlek, tidpunkten på året och hur mycket anslag som finns kvar, spelar en avgörande roll i om tjänsten beviljas eller inte beviljas. Detta märks tydligt inom missbrukarvårdens då det gäller köp av vård- och rehabiliteringsplatser för missbrukare. Här kunde det vara intressant med en undersökning av de anslag som beviljats i början, mitten och vid slutet av året, samt hur många kommuner som gjort en tilläggsbudget. Tyvärr sträcker sig den undersökningen utanför ramen för detta arbete, men den kunde vara befogad i ett annat sammanhang. Denna begränsning i budgetanslag innebär att kommunen kan rikta sina tjänster till de *"bäst behövande"* eller de som anses kunna *"dra mest nytta"* av tjänsten. Här är kriterierna oklara men kan tänkas vara påverkade av familjeförhållanden, arbetssituation och hur akut hälsorisk som missbruket innebär.

Bedömare är då ofta en av socialtjänstens tjänsteman i egenskap av socialarbetare eller A-klinikens terapeut. Vid enstaka undantagsfall kan bedömaren också vara en sjukvårdare eller läkare, men själva beslutet om betalningsförbindelse tas alltid av en tjänsteman eller i en särskild nämnd. Grundprincipen är dock att *"att behovet av tjänsterna alltid skall bedömas individuellt."* (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 4).

2.8 Lagstadgad socialservice

Jag kommer inte att räkna upp all den lagstadgade servicen som en kommun har utan bara den service som finns inom det aktuella området. Kommunens socialtjänst eller deras socialarbetare kunde särskilt i de mindre kommunerna kallas navet. Till socialarbetarens uppgifter hör att göra utredningar av sociala problem och därmed bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas. Till deras uppgifter hör också rådgivning och information om hur man kan gå vidare med klientens ärende. Socialarbetaren har alltså ofta olika möjlighet att styra klienten i rätt riktning och att utverka betalningsförbindelse till olika vårdinrättningar. På så sätt är socialarbetaren en nyckelperson eftersom det ofta är han eller hon som, i första hand, kommer i kontakt med klienten och sedan slussar henne/honom vidare (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 7). Enligt socialterapeuten på A-kliniken i Jakobstad finns inte alla lösningar färdiga utan möjliga alternativ blir synliga vartefter klientens problematik klarnar. Därför behöver terapeuten känna till de olika möjligheter det finns att ordna stödåtgärder åt klienten. Hit hör kännedom om möjligheten till arbetslivsrehabilitering, dagcenter, stödbostad, hemvård, mentalvård, vuxenutbildning, läroavtal och andra möjliga redskap för att hjälpa klienten vidare.

3 Klientens ställning och rättigheter

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812) har som uppgift och syfte att underlätta för klienten att medverka i de beslut som görs för hans eller hennes räkning och att underlätta en förtroendefull relation mellan klient och tjänsteman. En noggrann utredning av klientens rättigheter och skyldigheter betonas. Att klienten medvetandegörs om de alternativ som finns och vad de innebär för henne eller honom betonas. Klienten har rätt att få reda på de omständigheter och valmöjligheter som har betydelse för klientens sak (§ 8). Genom denna lag försöker man alltså garantera klientens möjlighet att få en god service och ett gott bemötande inom socialvården (§ 1), men frågan är om man lyckas då det gäller missbrukarvården? I nämnda lags 2 kapitel och § 4 om klientens rättigheter och skyldigheter står det om rättigheten till socialvård av god kvalitet och gott bemötande.

"En klient har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Klienten skall bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras.

Med kvalitet avser man dels *"klientens uppfattning av hur lyckad hans eller hennes service är"*, men också huruvida personal med adekvat utbildning finns tillhands för att utföra yrkesmässigt arbete. Personalens behörighetsgrad är alltså en viktig

kvalitetsfaktor. Kvalitet handlar också, enligt rapporten (2012:26, 59), resultat i förhållande till kostnaden. Kvalitet är något man kan granska på olika verksamhetsnivåer: *"enligt system, service eller serviceenhet och t.o.m. enligt servicehändelse."* När det gäller kvalitet har man allt mera flyttat fokus från det servicespecifika till ett mera helhetsmässigt kvalitetstänkande utgående från klientens synvinkel. Tyngdpunkten när det gäller kvaliteten fokuseras alltså på servicens genomslagskraft och effektivitet.

En intressant fråga i dagens samhälle med alla nedskärningar och begränsningar i budgeten är frågan om klientens ställning och rättigheter. Kan man bevara och upprätthålla service av god kvalitet trots alla nedskärningar eller blir brädden och mångfalden i servicen lidande? Blir det rent av så att man som klient egentligen inte har några andra val än att ta emot en viss styrd service eller så ingen alls? Hur går det då med det goda bemötandet, deltagandet i beslut och rättigheten till ett rättskydd? Rättskydd är ju en lagstadgad rättighet som klienten har, men som han eller hon inte alltid känner till, är medveten om, eller förmår tillämpa i den givna situationen. Det är lätt att tänka sig att det goda bemötande som enligt lag hör till inom socialtjänsten i sådana fall blir lidande och gränsen för diskriminering suddas ut. Diskriminering på grund av bristande kunskaper och insikter om sina rättigheter eller på grund av att man fördömer sig själv och inte tycker att man egentligen är berättigad till ett gott bemötande och positivt gensvar. Man kan då tänka sig en dold och mer eller mindre medveten diskriminering genom att underlåta att framhålla klientens rättigheter fast man märker eller anar att kunskaperna kan vara bristfälliga. Har man då lyckats fylla kriteriet att ingen skall diskrimineras på grund av ras, religion eller status i samhället? (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 15 samt Kvalitetsrekommendationen 2002:4. Kap.2.1.5).

Vårt alltmera mångkulturella samhälle med många olika religioner och folkslag innebär en allt större utmaning. Religionen är en viktig del av en människas liv, ofta bygger människor upp sitt liv och sin livsåskådning utgående från den religion man har. Att utelämna den dimensionen ur vården eller rehabiliteringen kan innebära stora problem samtidigt som det blir allt svårare att kunna erbjuda tjänster som täcker alla möjligheter och variationer. Här kommer naturligtvis köptjänsterna in i bilden, men hur långt är man då beredd att gå, vad får det kosta? Hur lätt är det inte då att underlåta att meddela den klient som ännu inte känner till våra lagar och rättigheter om de rättigheter han eller hon har? En inte ovanlig situation av egen erfarenhet på olika arbetsplatser är att man som tjänsteutövare är medveten om de inbesparingar som är nödvändiga och ofta gör besluten utifrån det, beslut som sällan blir dokumenterade på ett sådant sätt att man på ett rättvist sätt kan bedöma hur många klienter som blivit nekade vård på grund av vad man kan misstänka ekonomiska grunder. Om beslutet inte görs skriftligt och den egentliga orsaken till att beslutet blir nekande aldrig kommer fram till dem som har ansvar för budgeten hur kan man då garantera att lagen om klientens ställning och rättigheter följs? En missbrukare har rätt till samma bemötande som vilken som helst medborgare med hög eller låg status. Därmed inte sagt att en missbrukare inte kan vara ur det högre samhällsskiktet. Det goda bemötandet är en rättighet som är långt ifrån självklar då klienten inte alltid är medveten om sina rättigheter och ofta upplever skuld och skam och därför många gånger skamset rättar sig efter ett beslut utan att klaga (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 15 samt Kvalitetsrekommendationen 2002:4. Kap.2.1.5).

Det som tydlig slog mig i intervjun med A-kliniksterapeuten i Jakobstad (2012) var de som arbetar på en sådan plats ofta gör det för att man har ett genuint intresse att hjälpa

klienten på alla sätt man bara kan. Det är inte i terapeutens intresse att undanhålla klienten de möjligheter som kunde underlätta hans/hennes tillfrisknande.

Vidare heter det enligt Social- och hälsovårdsministeriets broschyr (2005, 15) att *"speciell uppmärksamhet skall ges klientens möjligheter att delta i och påverka den socialvård han eller hon ges samt klientens självbestämmanderätt."* Men som så många gånger inom lagstiftningen blir bedömningen ganska allmän, vad menas med *"speciell uppmärksamhet"* utom det språkligt sätt självklara, *"möjlighet att delta och påverka"* vem, var eller vad avgör att man fått vara med och påverka? Begreppen lämnar utrymme för stor individuell tolkning för den enskilde yrkesutövaren och klienten. En mycket intressant fråga skulle vara att undersöka hur ofta missbrukarvårdens klienter informeras om att anhålla om vårdservice skriftlig samt fått anvisningar om hur man går tillväga om beslutet blir negativt. I de fall där Social-terapeuten och klienten tillsammans kommit fram till att öppenvårdens tjänster inte för tillfället räcker till utan att det för en tid behövs anstaltsvård, är det knappast några problem. Då driver ju också socialterapeuten klientens sak och argumenterar och kämpar för att den skall förverkligas. Men i de fall där inte terapeuten och klienten är av samma åsikt då det gäller vårdplats kan det uppstå problem. Det är inte givet att det alltid finns en noggrann vårdplan där man redogör för hur klienten beretts möjlighet att medverka i de beslut som gäller honom eller henne, hur man tagit i beaktande de önskemål som finns på basen av religion, ras eller andra tungt vägande skäl.

Enligt KASTE 2012-2015 (2012, 26) bör individen i ännu högre grad än tidigare göras delaktig i planeringen av sina egna tjänster. Detta kan innebära att många av tjänsterna behöver kunna anpassa sig till klienternas önskemål vilket i sin tur kan leda till förnyelse i hur man arbetar. Enligt intervjun jag gjorde med socialterapeuten var detta just terapeutens sett att arbeta. Därmed inte sagt att alla terapeuter jobbar på detta sätt och har samma kännedom om de olika möjligheter som finns till buds. Utbudet ökar snabbt och är i en ständig förändring vilket gör det svårt för de anställda att hänga med. Därför är skolningen och samarbetet eller den ständiga uppdateringen av hur andra enheter arbetar och med vilka verktyg viktigt.

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812. 2 kap. § 4) talar om att klientens önskemål, åsikt, fördel och individuella behov samt modersmål och kulturella bakgrund bör beaktas blir tillämpningen mycket diffus. Så diffus så att den intill förlorar sin funktion. Ett exempel på sådan tillämpning är då klienten önskar få vård på kristna grunder varvid han tilldelas en vårdplats där en av vårdarna är kristen. Alltså har man tagit i beaktande hans eller hennes önskemål (Kvalitetsrekommendationen 2002:4, 17).

I lagen och tillämpningen av lagen finns en målsättning att så långt som möjligt fokusera på den öppna vården. Så långt det är möjligt strävar man till att klienten skall kunna bo självständigt genom att *"skapa ekonomiska och andra förutsättningar för honom eller henne att på egen hand klara av de dagliga funktionerna."* (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 16).

Enligt lag är det meningen att en klient inom det sociala området skall erbjudas möjligheten att söka ändringar i beslut som gäller honom eller henne själv. Inom missbrukarvården händer det ofta att klienten inte kommer med sin ansökan skriftligt, inte uppmanas att göra det och inte heller får skriftligt svar med anvisningar om hur man gör besvär. Ändå skiljer sig inte missbrukarvårdens beslut från andra beslut inom sociala sektorn då en klient som är missnöjd med tjänsterna kan kontakta till exempel

kommunens socialombudsman eller patientombudsman (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 16).

3.1 Rättigheter i fråga om tjänstens omfattning

I frågeformuläret till ledamöterna och tjänstemännen finns frågan om dessa anser att de tjänster som kommunen erbjuder i sin omfattning och brädd motsvarar de behov som finns inom kommunen. Frågan kompletteras med en tilläggsfråga om vad man baserar denna bedömning på. Litteraturen eller lagarna visar inte på att det skulle finnas några objektiva bedömningsgrunder för hur denna bedömning sker varför det finns goda skäl att anta att bedömningen sker på mycket olika grunder där även personlighet, nitiskhet och förhållningsätt påverkar. Med detta som grund finns det som tidigare nämnts risk för att de resurser som social- och hälsovården i kommunen skall anvisa för den social- och hälsovård blir styrd av ekonomiska och psykologiska faktorer inom socialtjänsten snarare än klients behov. Den ekonomiska situationen i kommunen blir då en stark faktor i bedömningen av om en klient skall beviljas en vård som antas innebära tilläggsutgifter för kommunen (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 16), dock inte så att tjänsten helt uteblir eftersom det finns minimikrav men så att antalet klienter starkt begränsas. Eftersom detta examensarbete i första hand gäller missbrukarvården är det utgående från den problematiken vi tacklar frågeställningar. Det finns områden där omfattningen av vissa tjänster bestäms mycket noggrant i lagen. Hit hör *"den rätt som föräldrar till barn under skolåldern har att välja mellan en kommunal dagvårdsplats, stöd för hemvård av barn och stöd för privat vård av barn."* (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 16).

Utgångspunkten borde vara att resurserna för verksamheten skulle garantera jämbördig basservice för alla oavsett boningsort, social ställning och språk. Målet är att alla som bor i landet skall få nödvändig social- och hälsovårdsservice på lika villkor (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 17).

Under denna rubrik om tjänsternas omfattning kommer paragrafen om *"Klientens rätt att få en utredning om åtgärdsalternativ"* (2000/812. § 5) in i bilden. En förutsättning för denna utredning är ju självklart att det finns ett tillräckligt antal tillgängliga vårdalternativ. Att bara förevisa ett vårdalternativ räcker inte och kan inte anses uppfylla denna rättighet då lagen förutsätter valmöjligheter *"olika alternativ och deras verkningar liksom också andra omständigheter som är av betydelse för klientens sak"*. Därför behöver kommunerna i sin missbrukarvårdsstrategi och övrig planering av missbrukarvården få med ett tillräckligt antal goda vårdalternativ. Alla tjänster behöver så att säga inte vara "aktiva" hela tiden, men det bör finnas en plan och en strategi om hur man ordnar tjänsten i fall den blir efterfrågad. Det går inte att frånta sig ansvaret med att säga att vi inte har denna service då den t.o.m. kan köpas från annat land om det är nödvändigt.

3.2 Rättigheter i fråga om tjänsternas kvalitet

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812) skall hälso- och sjukvården vara av god kvalitet. Ändå konstaterar man i KASTE 2012-2015 (s. 17.26) att *de regionala skillnaderna i tjänsternas kvalitet och tillgänglighet är betydande*. Man talar alltså om skillnader i både kvalitet, effekt, tillgång och i

tillgänglighet. Alla i och för sig uttryck för kvalitet eftersom kvalitet i detta sammanhang bör innefatta tillgänglighet. Särskilda skillnader har man noterat inom mentalvårdstjänsterna och missbrukartjänsterna där det behöver ske förbättringar. Klienterna har också svårigheter med att få service på sitt modersmål.

Patientens människovärde får inte kränkas och hans eller hennes övertygelse och integritet skall respekteras. Om patienten inte genast kan ges vård, skall han eller hon antingen anvisas att invänta vård eller hänvisas till eller ges vård på annat håll. Patienten skall informeras om orsaken till dröjsmålet och hur länge dröjsmålet beräknas vara (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 15).

Som vi tidigare antytt är *"kvaliteten på de kommunala tjänsterna är i allmänhet inte definierad i detalj. I flera lagar och förordningar finns dock grunder för hur kvaliteten på tjänsterna i lagarna eller förordningarna definieras."* Inom missbrukarvården såväl som på de flesta områdena inom den sociala branschen finns kvalitetsrekommendationer. Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården gavs ut 2002. Kvalitetsrekommendationerna är inte juridiskt bindande, men de kan ses som en måttstock för nödvändig service (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 17).

Samtidigt som den ekonomiska situationen i många kommuner blir allt trängre höjs kraven på behörig personal. Kompletterande utbildningen för yrkesutbildad personal inom socialvården fastställs i lag. Naturligtvis skall också den service som köps av privata serviceproducenter motsvara den standard som förutsätts av motsvarande kommunala tjänster. I lagen och förordningen om privat hälso- och sjukvård och i lagen och förordningen om tillsyn över privat socialservice bestäms om anordnandet och övervakningen av privat service. (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 17)

Att bedöma kvaliteten inom social- och hälsovården är inte den enklaste uppgiften. Kvalité handlar att identifiera och fastställa klienternas vårdbehov och att erbjuda vårdalternativ som svarar mot det behovet på ett så professionellt och etiskt hållbart sätt som möjligt. Av någon anledning tar man också här fram vård till förmånliga kostnader. På något sätt har jag svårt att inse hur just den aspekten kan ha att göra med kvalitet. Kriterier för en hög kvalitet är ju åtminstone i teorin förknippat med en god och adekvat utbildning och ändamålsenliga lättillgängliga utrymmen. Jag har svårt att se hur man kan förena dessa kriterier och fler med förmånlighet. Men naturligtvis kan man utgå från att man ordnar en förmånligast möjlig vård *"enligt gällande lagar, förordningar och bestämmelser"* men då kommer nog förmånligheten att innebära att man endast uppfyller minimikraven. Kvalitetsrekommendationen (2002:4, 19)

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 19) kan kvaliteten utvärderas ur tre olika perspektiv. Då utgår man från klientens perspektiv, det professionella perspektivet och ledningsperspektivet. I bedömningen bör alltså klientens utvärdering ha en central ställning vilket ju borde innebära kontinuerliga möjligheter att ge feedback på den service man fått. En feedback som dokumenteras och följs upp av utomstående bedömare. I utvärderingen bör det komma fram huruvida klienten upplever att servicen motsvarar hans eller hennes uppfattning om sina behov. Även om klientens uppfattning om sina behov inte alltid är så realistiska så är det ju ändå där man måste börja. Det blir svårt att behandla en klient för behov som han eller hon inte tycker att hon/han har. Men ibland kan det vara nödvändigt. Till kvaliteten hör också att en tjänst är lättillgänglig både i frågan om tid och geografiskt avstånd samt att den är placerad så att klienten kan anlita tjänsten utan att bli stämplad. Det sistnämnda är inte så lätt att ordna om hela byggnaden är förknippad med missbrukarvård. Detta problem har

man på många ställen löst genom att lokalisera tjänsten så att utrymmet också används för andra ändamål. I de fall där man bara har en typ av verksamhet blir varje besök till servicen en ofrivillig bekännelse för alla ens bekanta som råkar se när man går in i byggnaden. Flexibilitet och bemötande av klienten, som hör ihop, är viktiga faktorer då det gäller kvalitet. En klient som kanske inte alltid är så motiverad till vård och därför gör passivt motstånd kan fort använda ett oflexibelt bemötande som en förevändning att avbryta sin vårdkontakt. Självdestruktivitet, skam och skuld är en del av sjukdomen vilket gör att man gärna straffar sig själv och ofta tycker att man egentligen förtjänar att bli bemött på ett dåligt sätt då man egentligen inte överhuvudtaget är förtjänt av vård och ett mänskligt bemötande. Till flexibiliteten hör också att man har regler som gör det lätt att lyckas med sin vård och inte sådana regler som gör bakdörren väldigt stor medan vägen framåt till ett sundare nyktert liv eller varför inte bara en nykter dag så gott som omöjlig. Tyvärr skulle jag kunna ange en institution för missbrukare som enligt otaliga klienter som bevistat den platsen snarare gör sig skyldiga till regler som försvårar än som underlättar tillfrisknandet. Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4, 18) skall *"vården fortsätta enligt vårdplanen också i de fall då klienten återfaller i missbruk."*

Med professionell kvalitet avser man tjänster som uppfyller klients behov och med ett resultat som är tillräckligt bra för att man ur rent professionell synvinkel skall kunna vara nöjd. Ledningskvaliteten å sin sida anger huruvida tjänsten verkställs smidigt, effektivt och felfritt, samt ekonomiskt förmånligt och i enlighet med gällande lagar och bestämmelser.

3.3 Vad är behov?

Begreppet "behov" är en vid term som kan vara svår att definiera. Ändå är det ett begrepp som ofta används både inom lagstiftningen såväl som inom andra styrinstrument. Många har försökt definiera och avgränsa begreppet men de flesta författare som tagit sig an att reda ut begreppet kommer i något skede i sin analys till slutsatsen att en definition som de flesta kan vara överens om, inte är möjlig [möjligen har man kommit till andra slutsatser idag då detta var enligt forskning som redogörs för 1986]. Samtidigt används begreppet i vardagligt tal med mycket varierande innebörd. *Problemet med begreppets skiftande innehåll kan därför inte lösas genom att man väljer att betrakta det som en social konstruktion eller hävdar att dess sanna betydelse ligger i dess användning i språket.* Det finns i huvudsak två sätt att använda begreppet som kan vara av betydelse för det sociala arbetet. Dels behov som anfört motiv eller utgångspunkt för social- och samhällspolitiska program, dels som en grundläggande faktor för att förklara mänskligt beteende (Bergmark, 2002. 70-71). *Det vanligaste sättet att ta sig an behovsbegreppet är istället att via exempel peka på mänskliga aktiviteter eller tillstånd som anses vara uttryck för behov och, att via indelningar av skilda slag, försöka precisera olika former av behov. I mellan absoluta och relativa behov (Braybrooke, 1987; Ware & Goodin, 1990; Calltorp & Bråkenhielm, 1990).*

4 Organiserandet och finansiering av tjänsterna

Enligt lagen om planering av och statsanslag för social- och hälsovården kan en kommun anordna tjänster som egen verksamhet, i samarbete med andra kommuner, som medlem i en samkommun, genom att köpa tjänster av staten, en annan kommun,

samkommun eller av privata serviceproducenter eller genom att ge klienten en servicesedel. Med servicesedeln förbinder sig kommunen att upp till sedelns värde betala klienten för de tjänster han eller hon anskaffat av en av kommunen godkänd serviceproducent. Användningen av servicesedlar blir enligt en artikel på Finlands Kommunförbunds nätsida gradvis vanligare men jag förehåller mig mycket skeptisk till att den ännu används inom missbrukarvården, men ser den samtidigt som en intressant möjlighet för privata producenter. Däremot kan det innebära problem för de kommuner som har en omfattande egen verksamhet och därmed får tilläggsutgifter om servicesedeln används så att man köper tjänster utanför den av kommunen arrangerade servicen (dagcenter. 2012).

I praktiken kan kommunen pröva olika tillvägagångssätt och på så sätt ta reda på vad som fungerar bäst för den aktuella kommunen om det inte finns avvikande bestämmelser i andra lagrum. Men som det ser ut finns denna möjlighet bara kvalitén och arrangemangen håller inför lagen. I vissa lagar, t.ex. lagen om specialiserad sjukvård och lagen om specialomsorger om utvecklingsstörda, ingår bestämmelser om tillhörighet till samkommuner, men med beaktande av begränsningarna är det fritt att välja på vilket sätt servicen anordnas.

Oberoende av sättet skall den lagstadgade servicen tryggas. Om enbart köpta tjänster står till buds bör de kunna användas i lagstadgad utsträckning. Kommunen står för finansieringen. I praktiken finansierar kommunen sin verksamhet främst med skatteintäkter, som till största delen består av kommunalskatt, samt med statsandelar och avgifter. Statsandelen bestäms enligt vissa faktorer som inverkar på kostnaderna, bl.a. kommunens invånarantal, åldersstruktur, sjukdomsfrekvens, arbetslöshetsgrad och kommunens avlägsna läge. Därtill kan kommunen få ett separat statsunderstöd för genomförande av projekt som stöder utvecklandet och effektiveringen av verksamheten samt nya arbetssätt.

Enligt kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården (2002:4.9) avses med missbrukarvård sådana allmänna och speciella tjänster inom social- och hälsovården, där missbrukare och deras anhöriga erhåller stöd, hjälp, vård och rehabilitering.

Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården (2002:4.9) är avsedd att stöda kommunerna i deras planering och ordnande av en högklassig missbrukarvård. Detta gör man blanda annat genom att presentera de principer och rekommendationer som styr missbrukarvårdens kvalitet. Man utgår såväl från de allmänna grundsatserna för produktion av ett långsiktigt arbete såväl som från förutsättningen att skapa högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Man tar inte bara utgångspunkt från socialrättsliga perspektiv utan också från det etiska perspektivet vilket är glädjande eftersom alla möten med människor, enligt mig, bör ske på etisk grund.

Kvalitetsrekommendationerna utgår ifrån att kommunerna erbjuder jourtjänster som man kan anlita dygnet runt och även på veckoslut. Dessutom antas kommunerna ordna effektiva akutvårds- och avvänjningstjänster som vid akuta behov skall vara tillgängliga. Vid avvänjningstjänsten kan man söka hjälp även i berusat tillstånd (Kvalitetsrekommendationen 2002:4.13).

4.1 Anordnandet av tjänsterna

Enligt *"Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer"* (2005:7) om *"Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården"* ankommer ansvaret för anordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna på kommunerna/samkommunerna. Lagen uppmanar kommunerna att se till så att social- och hälsovårdstjänsterna finns tillgängliga för innevånarna men fastslår inte i detalj hur kommunen ordnar tjänsterna, dess omfattning och vad de skall bestå av. Kommunerna kan anordna tjänsterna på olika sätt, t.ex. genom att vara medlem i en samkommun eller genom att köpa tjänster av andra kommuner eller privata serviceproducenter (2005:7, 5). Men principen är den att tjänsterna organiseras på ett sådant sätt att klientens grundläggande rättigheter, mänskliga rättigheter samt rättsskydd tryggas (Kvalitetsrekommendationen 2002:4, 9). Missbrukarvårdstjänsterna som kommunen erbjuder behöver också vara mångsidiga så att de motsvarar de behov som finns inom kommunen allt från diagnostisering i ett tidigt skede, jourtjänster till långsiktig rehabilitering.

Som vi tidigare konstaterat skall kommunen se till att vården av missbrukare ordnas så att den svarar mot de behov som finns i kommunen. Vården behöver vara ordnad så att det finns vårdalternativ eftersom behoven och utgångsläget kan vara olika. *"Servicen inom missbrukarvården skall ordnas genom att den allmänna servicen inom social- och hälsovården utvecklas samt genom särskild, för missbrukarvården avsedd service"*. Servicen kan ha lite olika namn och utformning i olika kommuner. I Vasa heter missbrukarvårdens mottagning A-rådgivning medan den i Jakobstad heter A-kliniken. I många av de mindre kommunerna finns det en särskild socialarbetare som tilldelats uppgiften att arbeta med klienter med missbrukarproblematik. Servicesystemet måste vara utformat för att *"klara av att betjäna en person med missbruksproblem"*. Detta innebära att personalen behöver ha den utbildning och erfarenhet som behövs för att bemästra dess frågor. *"Om den allmänna servicen inom social- och hälsovården inte är tillräcklig skall klienten hänvisas till missbrukarvården."* Dagens praxis är att servicen i första hand skall ordnas genom åtgärder inom den öppna vården. *"Service skall ges med hänsyn till missbrukarens, hans eller hennes familjs och andra honom eller henne närstående personers behov av hjälp, stöd och vård."* (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 10).

Kvalitetsrekommendationen (2002:4, 17) betonar ett mångsidigt vårdalternativ med många vård- och rehabiliteringsmöjligheter. Men det räcker inte med att ha en bra och mångsidig vård om inte klienterna får reda på vilka alternativ som finns. Denna information antas den tjänsteman som kommer i kontakt med klienten ge. I dessa spartider hamnar då tjänstemannen i kläm mellan sparbehoven och nödvändigheten av att informera klienten om hans eller hennes rättigheter. Ju mera nitisk tjänsteman, när det gäller ekonomin och att lydigt följa sparkraven, vi har att göra med desto osannolikare att klienten får den information som han är berättigad till. På detta subtila sett sker redan ett urval av vilka klienter som bereds möjligheten att utnyttja sina rättigheter. Denna obalans uppvägs i någon mån av att det ibland finns broschyrer och information i väntrummet som klienten kan ta del av. Men som sagt, enligt min erfarenhet är detta ett område som man fuskar väldigt mycket med. Beslut tas åt klienten genom att man inte informerar.

Enligt den undersökning Jukka Salomaa gjorde (2002) *är det ekonomiskt lönsamt för kommunerna att satsa på missbrukarvård*. Genom att satsa på missbrukarvården minskar man utgifterna i samband med sjukligheten och dödligheten.

"Därav följer även lägre indirekta kostnader för missbruket, t.ex. i fråga om produktionsförluster, upprätthållande av ordning, fängelsedagar samt antalet omhändertagna barn. Även egendomsbrotten minskar då antalet narkotikamissbrukare minskar. Enligt Salomaa är de direkta och indirekta inbesparingarna mångfaldiga jämfört med de medel som satsats på missbrukarvården."(Kvalitetsrekommendation 2002:4, 42).

4.2 Tjänstens tillgänglighet

Tjänstens tillgänglighet torde nog höra till en av de knepigare frågorna i dagens storkommuner eller samkommuner med antingen Vasa som knutpunkt eller Jakobstad och Karleby. Avstånden blir långa och förbindelserna dåliga. Samtidigt förändras Social- och hälsovårdens metoder ständigt med ökad valfrihet och rörlighet som följd (KASTE. 2012, 17). Utgår man från det som lagen säger om att alla skall ha *"rätt till behovsinriktad och högklassig missbrukarvård och –rehabilitering som verkställs i rätt tid"* oberoende av bostadsort har vi nog en stor utmaning i alla fall för dem som är tvungna att använda sig av glesbygdens lokaltrafik och inte har ett eget fortskaffningsmedel (Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården 2002:4.11). Kanske hittar vi här en underförstådd förklaring till varför många missbrukare flyttar till tätorten? Samtidigt är det i princip omöjligt att ordna så att alla har exakt samma tillgång på tjänster när det gäller tids- och avståndaspekten. Detta tas upp i enkäten för att se vad respondenterna har för uppfattning om den service man producerar. Själva frågan om tillgängligheten i rätt tid kan ju uppfattas ur olika perspektiv. Rätt tid har också att göra med att vara ute med hjälpinsatserna i ett så tidigt skede som möjligt. Men det perspektiv jag i första hand har i enkäten är hur länge det tar innan man får tid till tjänsten och hur långt avståndet är i tid. Alltså tillgänglighet i tid, men ännu viktigare torde nog frågan om verkställighet i rätt tid vara.

Även om tanken att missbruk och rusmedelsproblem samt alla därtill hörande problem bör åtgärdas så tidigt som möjligt på alla servicenivåer, så som social- och hälsovården, socialarbetet, företags-, student-, och skolhälsovården, övrig primärhälsovård samt rådgivningsbyråerna för mödravård, så är det också av oerhörd vikt att insatsen kommer i rätt tid. Tajmningen är en viktig faktor så att insatsen kommer när motivationen är som högst eftersom ett lyckat resultat och ett motiverat och uthålligt arbete med sig själv och de problem man har förutsätter både hög motivation och envist arbete (Kvalitetsrekommendationen 2002:4.11.22).

Personal inom social- och hälsovårdssektorn har ofta stor erfarenhet av hur snabbt en klients motivation kan ta slut. Många klienter avstår från vårdplatser de blivit erbjudna, på grund av väntetiden eller avbryter vården. I sådana fall är den bekväma och pragmatiska tolkningen till varför klienten uteblir eller avbryter vården, att motivationen inte var tillräcklig, medan den mindre attraktiva tolkningen kunde vara att en vårdplats borde ha kunnat erbjudas genast eller när motivationen var som högst. Här tas inte ställning till det rimliga i detta, men vill påminna om att alkoholism bland annat av AA definieras som en kronisk och allvarlig sjukdom med dödlig utgång (Anonyma Narkomaner 2002:2, 3-4). Hur gör vi med andra sjukdomar med samma prognos? (Kvalitetsrekommendationen 2002:4.13) Enligt hälso- och sjukvårdslag (2010/1326) avses med brådskande vård *"omedelbar bedömning och behandling som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning."*

Detta gäller också de ovan nämnda instanser som har möjlighet att upptäcka problemet i ett tidigt skede och att se när motivationen är som högst, på basen av en lång och regelbunden vårdkontakt. Dessa instanser har ofta fått skolning och information i hur man gör en tidig interventionsbedömning och har tillgång till verktyg så som tester av olika slag. Hit hör t.ex. AUDIT- test¹. Upptäcker man problematiken i "rätt tid" och har de resurser som behövs för att komma in med hjälp och stöd kan man tala om att vara ute i rätt tid och ha tillräckliga och fungerande resurser (Kvalitetsrekommendationen 2002:4.11, 15).

I Kvalitetsrekommendationen (2002:4, 13) står det att "*speciellt tjänsterna inom den öppna vården bör placeras möjligast nära klientens hemort.*" Längre fram i samma rekommendation står det att "*samtliga arbetstagare inom social- och hälsovårdens verksamhetsenheter deltar i arbetet för tidig upptäckt av rusmedelsproblem och vården av missbrukare.*" Ute på landsbygden och i mindre kommuner finns det inte alltid tillgång till rådgivning och hälsovårdscentraler och dagcenter som i tätbygder, även om det alltid finns närmare eller längre bort, vilket kan innebära att en kommuninvånare i en kommun med tätare och mera närbeläget serviceutbud har större förutsättningar att bli "upptäckt" och hänvisad till vård än en invånare i glesbygden. Alltså kan man med en viss reservation konstatera att målet för lagen inte helt uppfyllts. Däremot om man backar lite och istället ser på hur tillgänglig servicen är oberoende av var man bor då man ringer och beställer tid så finns det säkert en likhet i tid, bortsett ifrån att man eventuellt blir tvungen att anpassa tiden så att den passar med lokaltrafikens arrangemang (Kvalitetsrekommendationen 2002:4.11,13,22).

Kvalitetsrekommendationerna lyfter även fram en annan aspekt av att vara tillgänglighetsprincipen. Det betonas att tjänsten skall tillhandahållas "*på finska och svenska samt vid behov också på andra språk*". Det står t.o.m. att språklig och kulturella faktorer i klientens bakgrund vid anlitaandet av tjänsterna "*bör beaktas speciellt noggrant*". Hur detta noggranna beaktande kan följas upp har jag i detta skede inte klart för mig. Men också här är det frågan om ett ganska diffust uttryck. Vad menar man med ett noggrant beaktande? En serviceplan är av allra största vikt, i den kan man fastställa att sådana överväganden har gjorts, som lagen och rekommendationerna förutsätter. Under mina tolv år inom missbrukarvården har jag inte sett något som kunde kallas serviceplan, men nog däremot ibland vårdplaner. Dock ganska sällan (Kvalitetsrekommendationen 2002:4, 13).

Enligt lag och kvalitetsrekommendationen bör en uppdaterad vård- och rehabiliteringsplan göras i samarbete med klienten och utgående från dennes vårdbehov. Man kan anta att ju längre en tjänsteman, eller flera, arbetat med en klient, utan desto mera resultat, desto mindre blir man benägen att uppdatera och följa upp vårdplanen. Man har helt enkelt gett upp. Dessa klienter skickas ofta vid mycket akuta skeden in på rehabilitering, utan att en plan har gjorts upp. Naturligtvis gör man en vårdplan på själva vårdinrättningen för själva vårdtiden, men utan en övergripande plan från öppenvårdens representant i hemkommunen blir vårdprocessen inte hållbar. Min uppfattning är att missbrukarvården borde organiseras så att både vägen till rehabiliteringsenheter som vägen tillbaka in i samhället och det egna boendet omfattas i vårdplaneringen. Här fyller stödboendet i hemkommunen en viktig funktion liksom dagcenterverksamheten. Följande mening i kvalitetsrekommendationen (2002:4, 17) skulle vara intressant ämne att undersöka nämligen "*Vårdbesluten görs alltid skriftligt då lagen eller klientens rättskydd förutsätter det. Kunden bör ges en klar bild av vårdens*

¹ <http://www.paihdelinkki.fi/testa/audit> Testa dig själv.

innehåll och omfattning. Avtalsvillkoren i samband med vården bör vara etiskt godtagbara.” På basen av min erfarenhet kan jag konstatera att så sker ytterst sällan. Det enklaste sättet att få en någorlunda uppfattning om saken är att se hur många begäranden om rättelser som kommit in till den anvisade besvärsnämnden.

Enligt kvalitetsrekommendationens (2002:4, 35) listande av allmänna utmaningar inom missbrukarvården nämns speciellt att *”vårdbesluten bör ske på professionella grunder”*. Beslutsfattande inom missbrukarvården borde ske lika flexibelt som inom hälso- och sjukvården. I dag kan en snabb remiss till dygnetruntvård dröja rätt länge och rent av utebli på grund av att klienten borde *”besöka flera olika enheter för att få klarhet i vårdavgifterna.”*

Var och en har rätt att få social- och hälsotjänster inom en överenskommen eller rimlig tid i sin egen bostadskommun. Medborgarna garanteras genom lag bestämda tidsfrister från det att vårdgivaren eller socialmyndigheten kontaktats inom vilka vårdbehovet ska bedömas.

Enligt lag om missbrukarvård (1986/41) skall kommunen sörja för att vården av missbrukare ordnas så att den till sin innebörd och sin omfattning motsvarar behovet i kommunen. Att anordna och utveckla service och åtgärder inom missbrukarvården ankommer inom socialvården på socialnämnden och inom hälsovården på hälsovårdsnämnden (§ 3).

Enligt lag om missbrukarvård (1986/41) skall servicen inom missbrukarvården ordnas så att det är möjligt för en klient att anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. Vården skall vara av konfidentiell karaktär. I verksamheten skall i första hand beaktas missbrukarens och honom närstående personers bästa (§ 8).

Enligt lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812) har en klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Klienten skall bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras [.....], åsikt, fördel och individuella behov samt modersmål och kulturella bakgrund beaktas (2 kp § 4).

Socialvårdspersonalen (2000/812) skall för klienten utreda hans eller hennes rättigheter och skyldigheter samt olika alternativ och deras verkningar liksom också andra omständigheter som är av betydelse för klientens sak (2 kp § 5).

4.3 Köpta tjänster

Köptjänster enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård (2009/1806) Bilaga kap. 6.

När en kommun köper social- och/eller hälsovårdstjänster av en privat serviceproducent bör den tjänst som köps stå sig i en jämförelse med de tjänster som kommunen ordnar. Att de inte är exakt lika torde ju ligga i sakens natur eftersom det då inte finns orsak till köp av tilläggstjänster om nu inte det egna alternativet är överbelastat med för långa köer som följd. Vad som däremot avses är att vården är av god kvalitet med personal som har den skolning tjänsten som erbjuder förutsätter och

att tystnadsplikten och bemötande av klienten följer de lagar som finns på området. En sak som betonas allt mera är uppbevaring och uppgörande av klientregister och journaler. I dagens läge förutsätter oftast säkerheten att man har ett särskilt molnbaserat program för uppbevaring av sådan information. Tillsvidare finns det dock väldigt stora variationer på detta område. I köparens rättigheter ingår att få redogörelse för hur allt sådan sköts och allt det andra som lagen förutsätter. Även här är kommunerna enligt egen erfarenhet väldigt olika. Kommuner i södra Finland är ofta mycket noggrannare när det gäller redogörelser över att allting fungerar som det skall och överensstämmer med lagstiftningen då man begär in offerter eller köper tjänster än man i allmänhet är i svenska Österbotten. Vad det beror på vet jag inte.

När en kommun med stöd av 4 § 1 mom. 4 punkten eller 4 mom. i statsandelslagen på basis av ett avtal om köpta tjänster hänvisat en person till en privat verksamhetsenhet inom social- och hälsovården, bestäms personens rätt till förmåner som Folkpensionsanstalten beviljar på samma sätt som när det gäller en person som är i kommunens egen motsvarande verksamhetsenhet.

I avtalet mellan kommunen och den privata serviceproducenten om de tjänster som ska köpas fastställs de tjänster som ska produceras och den ersättning som kommunen betalar för dem. Endast på basis av avtalet mellan kommunen och serviceproducenten är det inte möjligt att fastställa om det är fråga om institutionsvård eller öppenvård. Gränsdragningen mellan öppenvård och institutionsvård fastställs även i fråga om de köpta tjänsterna på samma sätt som det ovan i avsnitten 1–4 har konstaterats. Om en verksamhet som kommunen själv har ordnat är öppenvård, är den öppenvård även då servicen ordnats som köpta tjänster enligt 4 § 1 mom. 4 punkten i statsandelslagen. På motsvarande sätt betraktas sådan verksamhet som är institutionsvård då kommunen själv ordnar den även som institutionsvård då verksamheten ordnas som köpta tjänster.

Ifall avtalet om köpta tjänster eller den betalningsförbindelse som kommunen gett gäller institutionsvårdtjänster inom social- och/eller hälsovården och utgör alternativ till arrangemang enligt 4 § 1 mom. 1–3 punkterna i statsandelslagen ska klienten med hänseende till förmånslagstiftningen anses vara i institutionsvård. Om det däremot är fråga om öppen socialvård, varvid även avgifterna fastställs i enlighet med 2 kap. i förordningen om klientavgifter (avgifter för öppenvård) och verksamheten även till sitt innehåll är öppenvård på det sätt som anges ovan i avsnitten 2–4 och inte institutionsvård, anses personen i fråga också med hänseende till förmånslagstiftningen vara i öppenvård.

Privata servicehem och motsvarande institutioner fungerar ofta som enheter som producerar boendeservice. Dessutom tillhandahåller de tjänster som utgör en mellanform mellan institutionsvården och öppenvården. Invånarna har möjlighet till självständigt boende och privatliv, och de kan välja vilken service de vill använda.

Av invånarna kan tas ut en avgift enligt 2 kap. i förordningen om klientavgifter eller en avgift som inkluderar kostnader för lägenheten (hyra) och avgifter för uppehälle, t.ex. måltidskostnader.

I fråga om denna typ av servicehem tillämpas vid gränsdragningen mellan öppenvård och institutionsvård samma principer som anges ovan i avsnitten 1–4. Ordandet av tjänster genom att dessa köps från privata verksamhetsenheter avgör således inte om det är fråga om öppenvård eller institutionsvård.

Den service som köps av privata serviceproducenter skall motsvara den standard som förutsätts av motsvarande kommunala tjänster (*Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer om "Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården"* 2005:7, s 17).

5 Strategi för missbrukarvården/missbrukarvård

Enligt kvalitetsrekommendationerna, som alltså är rekommendationer inte lagar, bör varje kommun ha en strategi för missbrukarvården som skall ingå i kommunens hälso- och välfärdsstrategi. Intressant med ordet "skall" i en rekommendation dock! "*Strategin bör omfatta riktlinjer för hur man inom kommunen skall förhindra uppkomsten av rusmedelsskador och hur tjänsterna inom missbrukarvården bör organiseras, samt utreda social- och hälsovårdens arbetsfördelning gällande dessa tjänster.*" Strategin har ofta gjorts upp i samarbete med andra kommuner (Kvalitetsrekommendationen 2002:4, 12).

Strategin bör omfatta åtminstone följande faktorer:

- Vilka krav ställer lagstiftningen och de nationella vårdprogrammen på missbrukarvården?
- Hur utvärderas rusmedelssituationen i kommunen och behovet av missbrukarvård och hur följer man upp deras utveckling?
- Vilka är målsättningarna för tjänsterna inom kommunens missbrukarvård?
- Hurudant är samarbetet samt ansvars- och arbetsfördelningen inom social- och hälsovårdens olika tjänstesektorer när det gäller missbrukarvård?
- Hur har kommunen ordnat utbudet på tjänster inom missbrukarvården, hurudana tjänster finns tillgängliga för kommuninvånarna och hur kan kommuninvånarna söka vård?
- Hur har vårdens och rehabiliteringens finansiering organiserats?
- Hur får man feedback av kommuninvånarna och missbrukarvårdens klienter och deras anhöriga gällande de tjänster de har anlitat?
- Hur informeras kommuninvånarna om tjänsterna inom missbrukarvården?
- Hur följer man upp och utvärderar missbrukarvården och dess kvalitet?

Lundin och Söderholm (1995. poängterar att en utvärderare som tillåter den utvärderade enheten att aktivt medverka i design av utvärderingsmetod och procedur har bättre förutsättningar för framgång (Ibid, 143).

Enligt "*Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer*" (2005:7) om "*Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården*" hör att vården av missbrukare ordnas så att den till sitt innehåll och sin omfattning motsvarar behovet i kommunen. Servicen skall i första hand ordnas genom åtgärder inom den öppna vården. Service skall ges med hänsyn till missbrukarens, hans eller hennes familjs och andra honom eller henne närstående personers behov av hjälp, stöd och vård (2005:7, 10).

Enligt Roselius & Sundell (2008, 66) krävs det en god struktur för att kunna utveckla ett arbete på kommunal nivå. Det bör finnas styrgrupper där någon från

kommunstyrelsen finns representerad tillsammans med ordföranden från de nämnder som arbetar inom arbetsfältet lika som chefstjänstemän och samordnare.

Kekki och Kajander (2008: 26-28) konstaterar i sin undersökning av missbrukarvårdsstrategierna att skillnaderna mellan målsättningen för strategin kan variera mycket. Under intervjuerna framkom det att strategins främsta målsättning är att öka kunskapen och informationen mellan de olika instanser som på ett eller annat sätt arbetar med missbrukare. Den ökade informationen och insikten om vad andra håller på med gör det lättare för personalen att veta vem man kan fråga om hjälp i svåra situationer och vart man kan hänvisa klienten för fortsatt vård. En annan målsättning med strategin var mera normativ då man ville bevaka och förpliktiga aktörerna att åtgärda kända problemområden och ta ansvar för utvecklingen av verksamheten. Men någon klar linje för organisation och ledning av den gemensamma missbrukarvården fanns inte varför en gemensam handlingsmodell och servicekedja blev ett viktigt mål. Strategin ledde också i många fall till att olika aktörer gjorde upp gemensamma målsättningar för sitt arbete. B.l.a. utmaningen att kunna erbjuda vård och stöd i rätt tid förutsätter, inte bara att problemet upptäcks i rätt tid utan också att man har ett fungerande och handlingskraftigt nätverkssamarbete mellan aktörerna med en klar arbetsfördelning.

Enligt Lag om missbrukarvård (1986/41 6 §) *"servicen inom missbrukarvården skall ordnas genom att den allmänna servicen inom social- och hälsovården utvecklas samt genom särskild, för missbrukarvården avsedd service.*

Den allmänna servicen inom social- och hälsovården skall utvecklas så att inom ramen för denna service missbrukare av rusmedel kan vårdas i tillräcklig mån samt den som behöver hjälp och stöd efter behov kan anvisas service som är avsedd särskilt för missbrukarvården.

Servicen skall i första hand ordnas genom åtgärder inom den öppna vården så att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig."

5.1 Beslutsprocess

Enligt *"Lagen om patientens ställning och rättigheter"* 785/1992 och *"Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården"* 812/2000. kan klienten om han/hon inte är nöjd med ett beslut, en tjänst, den hjälp som givits, vården, behandlingen eller bemötandet söka ändring i beslutet framställa en anmärkning om tjänsten eller vården till ansvarig myndighet anförda klagomål hos tillsynsmyndigheten. Klagomål som gäller social- eller hälsotjänster kan lämnas till regionförvaltningsverket.

5.2 Uppföljningen av vårdbehovet i kommunen

Enligt Red.: Roselius och Sundell (2008, 33-34) kräver förändring kunskap om att det befintliga arbetssättet är otillräckligt och en vision eller bild av vad som är möjligt att åstadkomma. Därför behöver det finnas goda redskap för undersökningen av om det

finns några behov av förändringar. Om behovet av förändringar är påtagligt torde det vara mycket enklare att genomföra förändringar än om behoven är vaga och otydliga. Då uppstår frågan lätt varför man skall ändra något som ändå fungerar.

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) som trädde i kraft år 2011, särskilt dess 2 kap., innehåller bestämmelser om främjandet av hälsa inom primärvården och den specialiserade sjukvården, men den preciserar även kommunernas och regionernas uppgifter i planeringen, uppföljningen och bedömningen av främjandet av välfärden och hälsan, inrättandet av verkställningsstrukturer samt i skapandet av ett omfattande samarbete. En av kommunens grundläggande uppgifter är att främja befolkningens välfärd och hälsa, vilket även omfattar att komma till rätta med bristande jämlikhet och minska välfärdsskillnaderna. (Väärälä, R., Vuorinen, V., Kuusisto, R., Iivonen, E., Sääntti, R., Äijö, K. & Palola, E. 2012:26. s 23).

I "*slutrapporten av arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningens*" (2012, 58) framgår klart och tydligt att lagens målsättning är att garantera att samtliga landets innevånare tillhandahålls den service som man enligt regelverk, beslut och rekommendationer är berättigad till. Målet är att servicens kvalitet skall vara enhetlig både då det gäller den privata som den offentliga sektorn. Ett problem när det gäller uppföljningen av dessa kriterier är att det inte finns uppföljningssystem som tillhandahåller uppdaterad information om tillgänglighet, kvalitet och effekten av servicen.

Kvalitetsrekommendationen och kommunernas missbrukarvårdsstrategier handlar mycket om att planera och organisera vården och dess målsättningar på ett sådant sätt att kontinuerlig uppföljning är möjlig. Men som det nämnts på annat ställe i detta dokument så varierar kommunernas strategier ganska rejält från varandra samtidigt som uppdateringen och uppföljningen av arbetet ofta fallerar. Strategier och andra verktyg förutsätter ju att kommunernas tjänstemän använder sig av de verktyg som finns till hands och följer de utvärderingsprinciper som är gällande. Mycket tyder på att tjänstemännen borde få mera stöd och handledning då det gäller att börja använda de nya metoderna. Inte minst data baser och ifyllande av dem på ett sätt som möjliggör att programmet kan göra en riktig statistisk uppföljning (2008, 52-65). "*Inte ens den mest effektiva metod hjälper klienten om den inte används rätt*". Därför vore det viktigt med en uppföljning av "behandlingstroheten" och olika stödåtgärder för att upprätthålla den nya metoden.

Enligt kvalitetsrekommendationen (2002:4.s. 18) bör kommunen göra regelbunden uppföljning av tjänster inom missbrukarvården. De uppgifter som man strävar efter att följa upp så noga och så praktiskt som möjligt är rätt omfattande och inte alltid så lätta att tolka och följa upp. För att göra denna utvärdering bör kommunens beslutsfattare använda sig av den statistik som finns men också av tvärprofessionella samarbetsgrupper (*t.ex. hälso- och socialmyndigheter, ungdoms-, skol- och fritidsväsendet, polisen, antidrogorganisationer, underhållnings- och restaurangbranschen*). Genom att följa upp den information man får från dessa grupper kan man kartlägga olika enheters observationer och iakttagelser om förändringar inom arbetsfältet.

Enligt Kekki och Kajanders (2008, 32-33) undersökning är fältets representanter av den åsikten att det är viktigt att göra en uppföljning och utvärdering av de förutsättningar och målsättningar man lagt upp i missbrukarvårdsstrategin med ca två års mellanrum. Det tvååriga mellanrummet mellan uppföljningarna motiverar man

med att skillnaderna då blir mera påtagliga då de gäller utvärderingen av de effekter som olika förändringar inom uppbyggnaden av tjänsterna åstadkommit som av olika nya metoders ändamålsenlighet och inverkan. En alltför tät uppföljning gör att det blir svårt att urskilja förändringarna och dra de rätta slutsatserna. Med den intervallen kan man också enligt undersökningen följa med och justera verksamheten efter de förändringar som skett då det gäller behovet av missbrukarvårdens tjänster.

En effektivare, mera trovärdig och professionell uppföljning av situationen och behoven i kommunerna förutsätter en *"effektivare informationshantering, tillgång till aktuella klientuppgifter, nåbarhet och utnyttjande av forskningsdata och uppföljningsuppgifter om serviceverksamheten i beslutsfattandet och i utvecklandet av verksamheten."* I samband med att *"tjänstestrukturerna i social- och hälsovården förnyas och samarbetet blir intensivare fordras det att klientuppgifterna kan sammanvändas"*. Men hur det skall påverka situationen på just det område som detta arbeta handlar om har jag svårt att inse. Det som här är viktigt är att de beslut som fattas och avges muntligt i framtiden börjar skrivas ner och dokumenteras på ett sådant sätt att beslutet kan registreras i tex en databas med statistiska uppgifter (KASTE 2012, 28).

På basen av intervjuer och strategier kan man dra slutsatsen att bedömningen av omfattningen av narkotikamissbruket anses vara svårt, till exempel vid besök på social-och hälsovården dokumenteras inte andelen besök så att procenten som söker tjänsten av drogrelaterade orsaker kan särskiljas. Endast om frågan om problem med drogmisbruk kommer upp som den faktiska orsaken till besöket kan den noteras i uppföljning. Datainsamlingen försvåras ytterligare av att missbrukarvårdens klienter fördelar sig på så många olika instanser inom social-och hälsovård såväl köp som kommunala tjänster. I de undersökta strategierna nämndes brister i klientens sociala situation, drog- och vårdhistoria samt i mätningen av behandlingens effektivitet. På basen av de intervjuer man gjort med representanter för de lokala myndigheterna är de indikator som kommunerna har att tillgå begränsade eller så vet man inte hur man skall använda dem systematiskt (Kekki och Kajanders 2008, 32-33).

I några strategier har man dock på ett mångsidigt sätt använt sig av olika statistisk information för att kartlägga den drogproblematik som synliggörs genom olika tjänster och myndighetsverksamhet. Utbredningen av de ungas droganvändning och deras värderingar kartläggs förutom i skolhälsovården också i olika enkätundersökningar inom fritidssektorn och på ungdomsstationer (Kekki och Kajanders 2008, 32-33).

Ur polisens statistik får man uppgifter om antal berusade som tagits i förvar, uttryckningar till hem, rattfyllerier och narkotikarelaterad kriminalitet och antalet brott som begåtts av minderåriga. Missbrukarvårdens förverkligande uppföljs genom granskandet av klienterna, vård dygnet samt genom antalet utförda mini-interventioner och från karaktären på svaren. Antalet alkohol- eller drogpåverkade besökare statistikförs på såväl social- som hälsovårdsstation som på missbrukarvårdens specialenheter. Även försäljningen av alkohol statistikförs. Antalet sprutnarkomaner uppföljs förutom via frågeformulär via antalet sprutor som byts ut på hälsovårdens sprutbytesstationer. Också genom att följa med utvecklingen då det gäller infektionssjukdomar så som hepatit kan man skapa sig en bild av utvecklingen (Kekki och Kajanders 2008, 32-33).

6 Metoddiskussion

Själva undersökningen gjordes via en nätbaserad enkätundersökning som skickades till socialnämndernas representanter i de utvalda kommunerna och även till de tjänstemän som arbetar i norra Österbottens social- och hälsovårdsnämnder. Nätundersökningen kom, på grund av det begränsade antalet svar, att kompletteras med intervju som gjordes med en A-kliniks-terapeut. Jag kommer att inrikta min undersökning på kommunerna från Vörå till Karleby. Hit hör kommunerna Karleby, Kronoby, Larsmo, Jakobstad, Pedersöre, Nykarleby, Vörå. Kommunuppgifterna är hämtade från Kuntat.net. Resultaten tolkas och fungerar som grund för beställarens beslut om förutsättningarna att starta upp öppenvårdsarbete i de ovannämnda kommunerna.

Enkätundersökningen förankras i en teoridel som redogör för den lagstiftning, de förordningar och de rekommendationer som finns inom ämnesområdet.

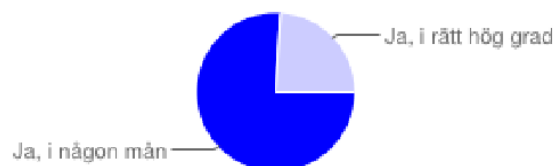
Jag har alltså i huvudsak inriktat mig på den kvantitativa metoden även om jag snuddar vid den kvalitativa genom de tilläggsintervjuer jag gjort. Den kvalitativa metoden kunde möjligen förse respondenten med en klarare bild av företaget som beställt undersökningen och därmed ge en klarare bild av kundens behov och företagets respons på dessa. En sådan undersökning skulle dock förutsätta gruppdiskussioner eller djupintervjuer. Här ligger svårigheten i att få sammankallade ett tillräckligt stort urval av representanterna för att få ett bra och trovärdigt resultat. Metoden känns dock lite frestande då den skulle möjliggöra en mer detaljerad insikt i hur målgruppen förhåller sig till och resonerar kring undersökningsområdet. Trots fördelarna med den kvalitativa metoden anser jag att tidsperspektivet och arbetsmängden i förhållandet till de ponerade effekterna på resultatet inte talar för metoden.

7 Redovisning och analys av enkätsvaren

7.1 Vårdalternativ via A-klinik, A-rådgivning eller utsedd socialarbetare.

Är servicen utformad så att flera stöd eller vårdalternativ erbjuds?

Ja, i någon mån	16 (76,2%)
Ja, i rätt hög grad	5 (23,8%)
Nej, inte alls	0 (0%)



Figur 5 Servicens utformning och utbud

På frågan om verksamheten är utformad så att det finns flera stöd- och vårdalternativ har 16 personer svarat "ja, i någon mån" medan 5 personer svarat "ja, i hög grad". A-kliniks-terapeutens svar blev i stort sett att det finns vårdalternativ men att det gäller

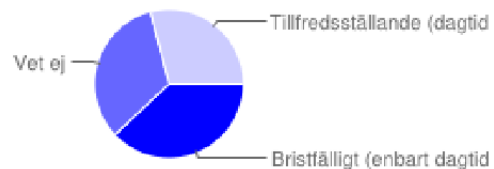
för den yrkesverksamme att tillsammans med klienten undersöka vilka behoven är och sedan försöka hitta de kanaler varigenom man kan få den servicen. Enligt henne finns det inte färdiga varianter för alla enskilda behov. Ingen har svarat att det inte alls finns någon variation i vårdalternativen. Alla tyckte alltså att servicen utformning erbjuder ett tillräckligt utbud av tjänster.

7.2 Vårdens tillgänglighet

När det gäller tillgänglighet har jag i detta arbete indelat tillgängligheten i två kategorier. Dels tillgänglighet i frågan om tid och dels tillgänglighet i frågan om avstånd.

Hur tillgängliga är öppenvårdstjänsterna ifråga om tid?

Bristfälligt (enbart dagtid)	8 (38,1%)
Vet ej	7 (33,3%)
Tillfredsställande (dagtid + dejour under kvällar, nätter och veckoslut)	6 (28,6%)



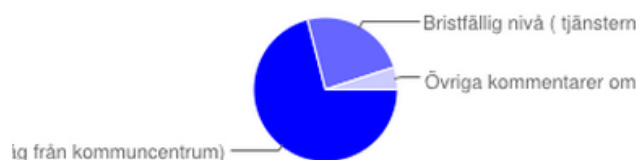
Figur 6 Tillgänglighet i frågan om tid

6 av de tillfrågade tycker att öppenvårdstjänsternas tillgänglighet är tillfredsställande medan 8 tycker att tillgängligheten i frågan om tid är bristfällig. Hela 7 (en tredjedel) anger att man inte vet. Nu är ju begreppet öppenvård i detta hänseende ett ganska vitt begrepp då servicen inte begränsats till annat än att den är tillgänglig för missbrukare. Med tanke på det skulle man ha kunnat anta att antalet tillfredsställda skulle ha varit aningen högre med tanke på alla de olika serviceformer som finns att tillgå. Därför blir det ganska naturligt att anta att flera av dem som svarat inte känner till alla möjligheter vilket förmodligen förklarar att en tredjedel anger att man inte vet.

7.3 Tillgänglighet i frågan om avstånd

Hur tillgängliga är öppenvårdstjänsterna då det gäller avstånd?

Tillfredsställande nivå (tjänsterna finns inom kommunen eller i grannkommunerna, max 30 km resväg från kommuncentrum)	15 (71,4%)
Bristfällig nivå (tjänsterna är svåra att nå på grund av långa avstånd (> 30 km) eller dåliga bussförbindelser)	5 (23,8%)
Övriga kommentarer om tillgängligheten	1 (4,8%)



Någon direkt öppenvård finns inte i vår kommun.

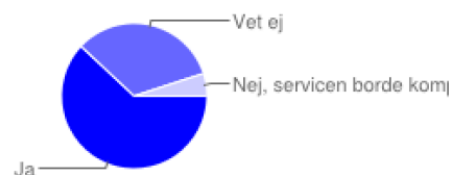
Figur 7 Tillgänglighet i frågan om avstånd

Beträffande frågan om tillgänglighet när det gäller avstånd har vi en tillfredställande grad på 71,4% vilket motsvarar 15 personer! Ganska överraskande med tanke på det breda uppsamlingsområdet. 5 av de tillfrågade tyckte att tjänsten är svår att nå på grund av de långa avstånden och dåliga bussförbindelser. A-klinikens representant socialterapeuten tyckte att busstrafiken fungerar bra åtminstone under skolsäsongen men medgav att det fanns problemområden som Jeppo, skulle också anta att Munsala har samma problem. En av de svarande uppger att ingen öppenvård finns att erhållas i deras kommun och då skulle jag anta att man avser närkommunen eftersom vi vet att det finns i samkommunen. I detta fall torde det nog vara så att man inte tagit i beaktande den öppenvård som missbrukarna får via den allmänna social- och hälsovården och den som erbjuds via köptjänster och avtal med grannkommuner eller privata servicetjänster.

7.4 Har kommunen de avtal som behövs för att uppfylla behoven i kommunen?

Kommunen har avtal som tryggar vårdbehovet, inga ytterligare avtal behövs

Ja	13 (61,9%)
Vet ej	7 (33,3%)
Nej, servicen borde kompletteras genom nya avtal	1 (4,8%)



Figur 8 Kommunernas avtal i förhållande till vårdbehoven

13 tycker att kommunen har de avtal som behövs för att tillgodose behoven medan 1 person tycker att avtalen inte är tillräckliga. Också här är antalet som inte vet hela 33,3% vilket utgör 7 personer av de 21 som svarat på enkäten.

Man skulle alltså kunna konstatera att det inte finns några större behov av kompletterande öppenvård i alla fall inte den öppenvård som erbjuds av A-klinks eller A-rådgivnings personal.

7.5 Bedömning av behoven i kommunen enligt enkätsvaren

Som vi sett i teoridelen är bedömningsinstrumenten av behoven av missbrukarvård i kommunen ett viktigt redskap med stor betydelse för att man skall kunna göra en rätt bedömning av de resurser som behöver tilldelas sektionen, i detta fall missbrukarvårdens öppenvård. Men vi har också konstaterat att det finns många svagheter i dessa mätinstrument och att de används på olika sätt, och med olika noggrannhet i olika kommuner vilket innebär att tolkningen av behovet kan vara svårt och inexact. Mycket tyder på att hela denna process just nu är i utvecklingsskede i de kommuner jag undersökt och att processen går i rätt riktning. Dock förefaller det som att delar av uppföljningen av missbrukarvårdsstrategin har stannat upp eller är något försenad.

Enligt ett av enkätsvaren är det de som arbetar inom vården som bedömer behovet. En annan är inne på samma linje då man menar att det är tjänstemannen som gör bedömningen. Vi kan lägga märke till tre grupper av svar, enligt behov, enligt tjänstemans bedömning och enligt resurser. Det sista "enligt resurser" torde förfalla då kommunen är skyldig att se till att de resurser som behövs finns och ordna med tilläggsbudget om behov finns i alla fall då det gäller anstaltsvård. När det gäller dagcenterverksamhet råder en större flexibilitet men mycket i den nya lagen som lägger tyngdpunkt på öppenvården talar för att Dagcenterverksamhet kommer att bli en allt viktigare verksamhetsform inom öppenvården.

Svaren gällande "enligt behov" antyder om en stor flexibilitet när det gäller att köpa tjänster från tredje sektorn ifall det behövs.

Bedömningen "enligt tjänstemannens bedömning" av behovet torde vara den verklighet som existerar inom kommunerna. Den tjänsteman som föredrar ärendet om behoven i kommunen är oftast i ledande ställning och har möjligheten att begära in den information som han/hon behöver för att fatta ett bra beslut. Problemet är ju dock som vi tidigare nämnt att missbrukarvårdens klienter "behandlas" på så många olika enheter att omfattningen kan vara svårt att uppfatta och den enhetliga informationen svår att samla in. En missbrukare som kommer till hälsovården på grund av orsaker uppkomna av missbruk eller under missbruk statistikförs sällan så att det noteras under missbruksproblematik. Inte heller relateras alltid barns eller andra familjemedlemmars vårdbehov till missbrukarvården fast de uppkommit som följd av livet i missbrukarens närhet. Här borde man enligt den forskning som har gjorts vidta åtgärder. Samarbetet och medvetenheten om vad de andra enheterna som kommer i kontakt med klienterna arbetar med betonas i studierna av missbrukarvårdsstrategierna men tycks i mycket vara beroende av de ledande tjänstemännens organisationsförmåga när det gäller verkställighet och koordinering av informationsflödet. Kommuner som inte har turen att ha ledare med god organisationsförmåga har inte samma garanti för god vård som andra. Här borde man hitta metoder och strukturer som är likvärdiga och garanterar samma vårdkvalitet i alla kommuner.

Enligt behov

Köper tjänster vid behov av tredje sektorn.
Det behov som uppkommit i kommunen.
Efter behov får klienten vad den önskar.
Hittills har behovet varit "begränsat".
På grund av användningen av erbjudna vårdformer

Enligt tjänstemans bedömning

De som arbetar inom vården bedömer behovet
Stödåtgärder bedöms på basen av tjänstemännens utredning.
Saken handhas av SoHv.-verket i Jakobstad
Tjänstemännen
Genom enkäter bland tjänstemän

Enligt resurser

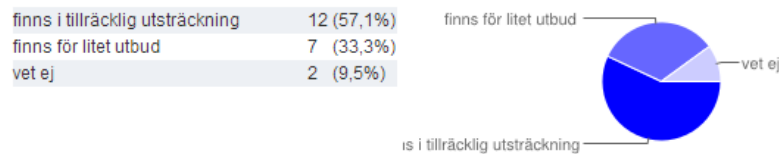
enl.de ekonomiska ramar som är tillgängliga

Övrigt

Det finns en rusmedelsstrategi som tyvärr är föråldrad 2008-2010
Använder öppenvårdstjänster i Karleby och Jakobstad. Köper de anstaltsvårdsplatser som behövs, ex Ventus, Pixne eller Kan-hem

7.5.1 Erbjuds det tillräckligt med öppenvårdstjänster i kommunen?

Vad anser du om utbudet av öppenvårdstjänster för missbrukare i din kommun?



Figur 9 Utbud av öppenvårdstjänster

12 tycker att det finns tillräckligt med vårdutbud i kommunen medan 7 tycker att det finns för litet utbud. 2 vet inte.

7.5.2 Brister i öppenvårdstjänster för missbrukare i din kommun

Saknas ett boende (Pedersöre) Stödboende

Dagcenter saknas i J:stad, men är nu under uppbyggnad inom ramen för ett projekt.

Dagverksamhet och arbetsverksamhet saknas

Dagverksamhet. Hoppas att Välttjäta-projektet kan permanentas efter att projekttiden är slut.

För dålig information om möjligheterna till vård

Det finns inget på lokalnivå, vi har allt gemensamt med värdkommunen (Kronoby)

En bra lösning saknas (Vörå).

Lokala mottagningsställen (Vörå).

Finns inga [lokala] öppenvårdstjänster. Avstånden till vården därför långa (Kronoby).

Följer rekommendationer

Två har svarat med "vet ej"

Övrigt

Dagcenter i Nykarleby finns och fyller en betydande funktion.

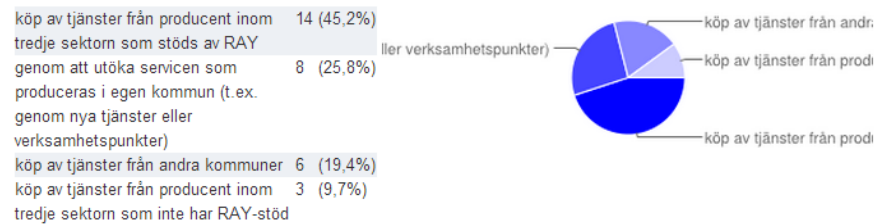
A-kliniken i Jakobstad sköter om Larsmos klienter också.[!]

I Pedersöre uppger man att stödboende saknas medan man i Vörå tycker att det saknas en bra lösning. Ser man då på övrig kommentar från Vörå, Larsmo och Kronoby saknar man bland annat en lokal mottagning vilket jag med tanke på avstånden till Vasa och Jakobstad upplever mycket rimligt. Här är det troligen inte frågan om Dagcenter utan nog snarare A-rådgivningens öppenvård på lokalnivå som saknas.

Beträffande Dagcenter så saknas denna arbetsform i Kronoby, Pedersöre och Vörå, i Jakobstad har man dagcenter en dag i veckan och håller på att bygga et dagcenter i anslutning till A-kliniken. På sett och vis har man börjat dagcenterverksamheten genom att kommande klienter är med och själva bygger upp centret under ledning av tekniska verket.

7.5.3 Tänkbara sätt att komplettera missbrukarvårdens utbud i kommunen

På vilket sätt anser du det möjligt att komplettera eller förbättra den öppna vården för missbrukare i din kommun?



Figur 10 Förbättringsförslag för öppenvården

14 kunde tänka sig köp av tjänster från producent inom tredje sektorn som stöds av RAY, 8 personer genom att utöka servicen som produceras i egen kommun (t.ex. genom nya tjänster eller verksamhetspunkter), 6 för köp av tjänster från andra kommuner och 3 kunde tänka sig köpa tjänster också fast de inte hade RAY-stöd. Dessa tjänster bör som det framkommer i lagstiftningen vara av samma kvalitet som den som kommunen själv erbjuder. D.v.s. personalen behöver ha adekvat utbildning och utrymmena bör uppfylla de krav som förutsätts för nämnda verksamhet.

7.5.4 A-klinikens tillgänglighet i tid och när det gäller avstånd

Hur tillgänglig är A-klinik/A-rådgivning i din kommun ifråga om tid?

Bristfälligt (enbart dagtid)	11 (52,4%)
Tillfredsställande (dagtid + dejour under kvällar, nätter och veckoslut)	6 (28,6%)
Vet ej	2 (9,5%)
Annat	2 (9,5%)



finns ej i kommunen

Det finns tjänster att köpa, men jag är skeptisk till deras metoder och resultaten har inte levt upp till vad jag förväntar mig.

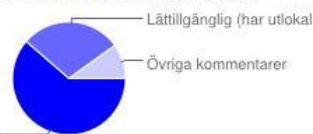
Figur 11 Tillgänglighet i frågan om tid

I fråga om tid

11 tyckte att tillgängligheten var bristfällig då tjänsten enbart är tillgänglig på dagtid medan 6 var tillfreds med tjänsten. 2 uppgav att man inte visste. En av de som valt att svara skriftligt uppger att sådan service inte finns i kommunen och en annan att det finns tjänster att köpa men att man är skeptisk till deras metoder och missnöjd med resultatet. Vem och vad man syftar på är oklart.

Hur tillgänglig är A-klinik/A-rådgivningstjänsterna i din kommun ifråga om avstånd?

Långa avstånd, längre än 30 km (ingen utlokaliserad mottagning)	13 (61,9%)
Lättillgänglig (har utlokaliserad mottagning i grannkommunerna)	6 (28,6%)
Övriga kommentarer	2 (9,5%)
Vet ej	0 (0%)



Inga långa avstånd.

finns ej i kommunen

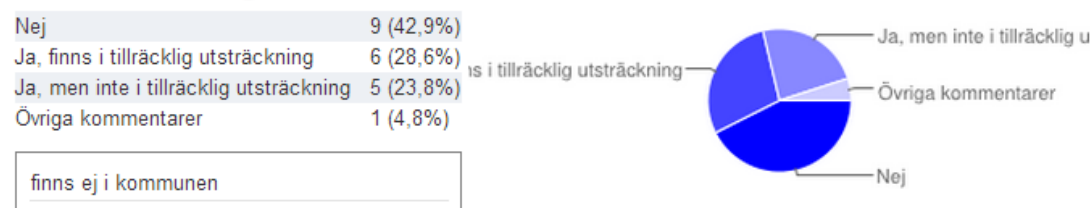
Figur 12 Tillgänglighet I frågan om avstånd

I fråga om avstånd

13 tycker att det är långa avstånd, längre än 30 km (ingen utlokaliserad mottagning) medan 6 tycker att servicen är lättillgänglig (har utlokaliserad mottagning i grannkommunerna) en uppger att avstånden inte är långa och en att servicen inte finns i kommunen. Det senare alternativet torde vara ett missförstånd eller ett uttryck för okunskap eftersom lagen förutsätter att möjligheten finns om behov uppstår.

7.5.5 Dagcenterverksamhet för missbrukarvårdens klienter

Har kommunen dagcenterverksamhet för missbrukarvårdens klienter?



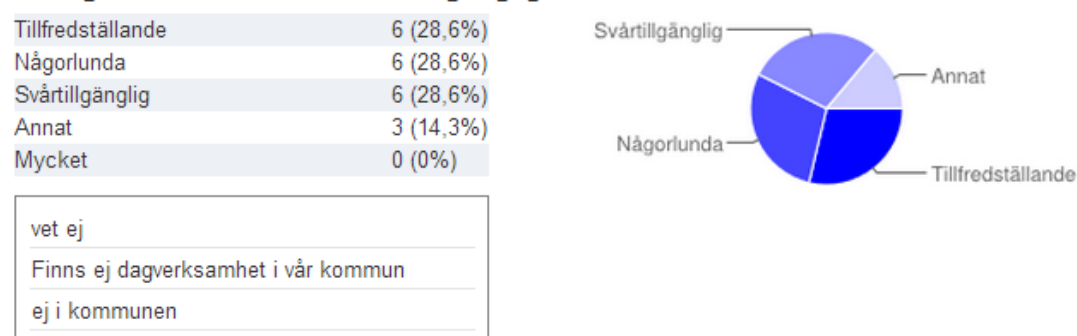
Figur 13 kommunens dagcenterverksamhet för missbrukarvårdens klienter

9 uppger att man inte har dagcenter i kommunen medan 6 kommer från kommuner med dagcenterverksamhet. 5 uppger att det finns dagcenterverksamhet men inte i tillräcklig utsträckning.

Att det största behovet finns inom Dagcenterverksamheten kommer i enkätundersökningen fram ganska tydligt. Även de kommuner som har verksamheten upplever att det behövs mera. Ser man på kommentarerna från Nykarleby (se 8.6.2) så har erfarenheterna av dagcenterverksamheten varit mycket positiv. Det kan jag också intyga som innevånare i kommunen. Bland annat syns förbättringen genom att alkisbänken vid busstationen tömts och många av de som man så gott som varje dag ragla omkring är nu ofta nyktra på dagcentret.

Frågan om dagcentrens lättillgänglighet

Är dagcenterverksamheten lättillgänglig?



Figur 14 Dagcentrens tillgänglighet

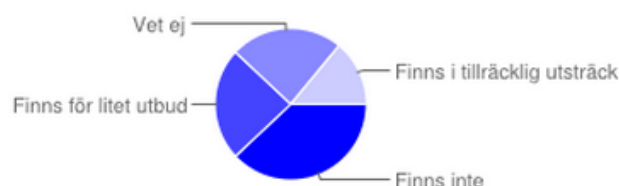
6 tycker sig bo i en kommun med lättillgänglig dagcenterverksamhet och lika många med någorlunda lättillgänglighet, ytterligare samma antal 6 tycker att servicen är svårtillgänglig. Två uppger att servicen inte finns i deras kommun.

Eftersom det är brist på dagcenterverksamhet är också tillgängligheten bristfällig, antingen på grund av långa avstånd eller korta öppethållningstider.

7.5.6 Hemvård riktad till missbrukare

Har kommunen en hemvård riktad till missbrukare?

Finns inte	8 (38,1%)
Finns för litet utbud	5 (23,8%)
Vet ej	5 (23,8%)
Finns i tillräcklig utsträckning	3 (14,3%)



Figur 15 Hemvård för missbrukare

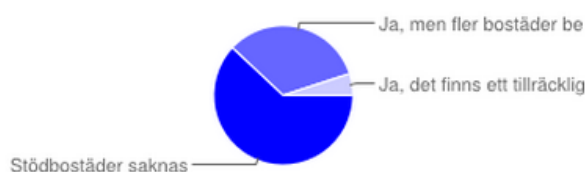
3 tycker att servicen finns i tillräcklig utsträckning medan 5 tycker att utbudet är för litet och hela 8 att det inte alls finns den servicen.

Att denna form av hemvård inte blivit mer allmän förvånar mig, med tanke på hur många närvårdare som specialiserat sig inom mental- och missbrukarvård. Här borde ske någon slags utveckling i riktning stödboende med regelbundet stöd från hemvård specialiserad på missbrukarproblematik. Till den service som erbjuds borde då också höra gemensamma utfärder och andra aktiviteter som skapar mening, innehåll och gemenskap.

7.5.7 Stödboende för missbrukare

Har kommunen stödbostäder för missbrukare?

Stödbostäder saknas	13 (61,9%)
Ja, men fler bostäder behövs	7 (33,3%)
Ja, det finns ett tillräckligt utbud	1 (4,8%)



Figur 16 Stödbostäder för missbrukare

Hela 13 anser att servicen saknas och 7 att servicen finns men behöver utökas. 1 anser att utbudet är tillräckligt.

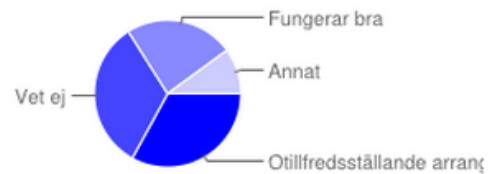
Stödboendet tycks vara det näst största behovet på lokalnivå.

7.5.8 Avbrytningsvård

Hur är kommunens arrangemang för avbrytningsvård/ tillnyktring?

Otillfredsställande arrangemang, behöver förbättras	7 (33,3%)
Vet ej	7 (33,3%)
Fungerar bra	5 (23,8%)
Annat	2 (9,5%)

avbrytarvård finns ej i egen kommun
Eg. avbrytningsvård finns i Vasa



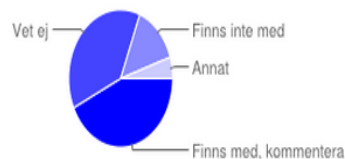
Figur 17 Kommunens organisation av avbrytningsvården

Den största delen av de som svarat 7 var missnöjda med servicen och lika många angav att man inte känner till medan 5 anser att servicen fungerar bra.

7.5.9 Köp av tjänster från tredje sektorn

Finns köp av tjänster från producenter inom tredje sektorn med i kommunens missbruksstrategi (strategi för missbruks- och mentalvårdsarbetet)?

Finns med, kommentera i rutan nedanför vilka vårdformer det gäller	9 (42,9%)
Vet ej	8 (38,1%)
Finns inte med	3 (14,3%)
Annat	1 (4,8%)



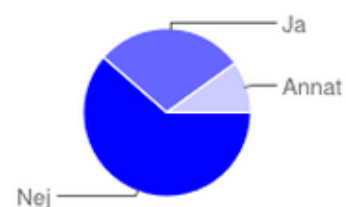
Figur 18 köp av tjänster från tredje sektorn

42,9% anger att köp av tjänster finns med i missbrukarvårdsstrategin medan 38,1% uppger att man inte vet. 14,3% uppger att det inte finns med.

7.5.10 Representation i nämnden

Representerar du värdkommunen i en sammkommun?

Nej	13 (61,9%)
Ja	6 (28,6%)
Annat	2 (9,5%)



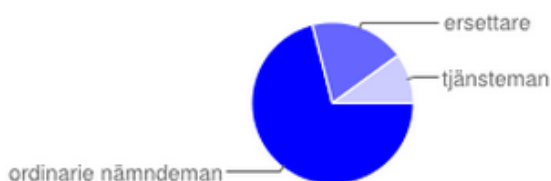
Figur 19

13 personer (61,9%) av de som svarat uppger att man inte representerar värdkommunen medan 6 personer (28,6%) representerar värdkommunen.

Största delen av de som svarat tycks inte höra till värdkommunen.

Deltar du i enkäten i egenskap av:

ordinarie nämndeman	15 (71,4%)
ersättare	4 (19,0%)
tjänsteman	2 (9,5%)



Figur 20

15 personer (71,4 %) av dem som svarat är ordinarie nämndemän och bara 4 (19,0 %) ersättare. 2 (9,5 %) uppger att man svarat i egenskap av tjänsteman. A-klinikens representant bör också betraktas som tjänsteman vilket innebär att vi har åtminstone 3 tjänstemän som svarat på enkäten.

Däremot är de flesta respondenter ordinarie nämndemän.

7.5.11 A-kliniks-terapeutens perspektiv

Redogörelse för intervju med socialterapeuten på A-kliniken i Jakobstad den 28.11.2012 kl. 14.45 till 16.00. A-klinikens personal bestod vid tillfället av två socialterapeuter, en sjukskötare och ett mottagningsbiträde samt avdelningsföreståndaren som också tar emot klienter i mån av möjlighet. På frågan om A-kliniken var lättillgänglig i tidsperspektiv svarade socialterapeuten att väntetiden till A-kliniken är högst en vecka. Dagligen kl. 08.00-10.00 har man mottagning utan tidsbeställning. Enligt socialterapeuten tackar man egentligen aldrig nej till en klient utan man bokar in den på första lediga tid. Detta innebär att personalen vissa dagar kan ha upp till åtta klienter. Man förkortar alltså inte de andra klienternas tid med socialterapeuten, utan utökar antalet klienter som man tar emot per dag. Detta innebär att personalen är tvungen att töja ut sina resurser och att lite tid sätts på dokumentation och förberedande. Inom en snar framtid skulle ett nytt databassystem införas, vilket innebär att personalen bör föra journal efter varje klientbesök. Terapeuten tyckte att ett rimligt antal klienter per dag kunde vara i snitt 4 personer.

Beträffande tillgänglighet i frågan om avstånd tyckte socialterapeuten att tillgängligheten österut fungerar under den tid som skolbussarna går. Många klienter saknar körkort av en eller annan orsak. Larsmo och Purmo-hållet går enligt terapeuten bra medan Nykarleby och då främst Jeppo har varit mera problematiskt. Kommer klienten från längre håll försöker man kombinera flera åtgärder. Terapeuten har inte upplevt att avståndet skulle vara problematiskt om bara viljan finns. A-kliniken har ingen utlokaliserad service eftersom personalgruppen är så liten, att det blir svårt att driva den lokala verksamheten om någon är på fältet. Istället har man försökt intensifiera samarbetet med hälsovårdscentralen, läkarna och mentalvården i Nykarleby.

Beträffande anonymitetsprincipen tycker socialterapeuten att den är god på eftermiddagen då inte andra klienter finns i huset. A-kliniks-byggnaden ligger något avsides och en ingång finns på baksidan av byggnaden och är inte synlig åt andra håll. Behovet av att vara anonym minskar för klienten med tiden enligt socialterapeuten.

Enligt socialterapeuten finns det ingen hemvård som är speciellt riktad till missbrukare och heller inget särskilts stödboende. Bredvid skyddshemmet finns "Mumindalen" som fungerar som stödbostäder och sköts av tekniska verket.

Om bollandet mellan olika institutioner säger socialterapeuten att de har regelbundna träffar med mentalvårdsbyråns personal. Personalen från mentalvårdsbyrån bokar tid till A-kliniken om man vet att klienten också går på A-kliniken. Men ibland händer det att man inte vet om varandra. Inte vet att klienten går både på mentalvården och A-kliniken. Tystnadspliktsfrågan har man löst genom att klienten är närvarande då man ringer och själv har godkänt att man ringer. A-kliniken arbetar inte bara med alkoholproblematik men också med depressionsproblem och andra psykiska problem så detta vore viktigt för Mentalvården att vara medveten om. Ifall man vägrar en klient vård på mentalvården upplever socialterapeuten att förfarandet nog dokumenteras.

Hur sköts avbrytningsvården enligt socialterapeuten? Den öppna avbrytningsvården sker via A-klinikens sjukskötare som tillsammans med läkaren har rättighet att bedriva den medicinska avbrytningsvården. A-kliniken har enligt socialterapeuten god tillgång till läkare. Den anstaltsbundna avbrytningsvården sköts på Malmiska sjukhus avdelning 6 på första våningen. Klienterna kan komma direkt till avdelningen utan att behöva gå via A-kliniken.

Finns det tillräckligt med vårdalternativ? "Ja vad är tillräckligt?" Allting finns inte färdigt eftersom behoven inte alltid heller är lika. Man kan inte ha en intuition per behov utan behöver vara flexibel och kunna plocka ihop lämpliga vårdpaket. Men då man lärt känna klienten ser man möjligheten och kan plocka ihop ett fungerande paket tillsammans med Arbetskraftsbyrån, socialen, mentalvårdsbyrån och handikappvården osv. Informationen om de vårdalternativ som finns ges när terapeuten upptäckte behoven.

Hur svarar man på de olika önskningsom vård som klienterna har? Man börjar med en utredning och lär känna klienten för att se vilka behov som finns och att klienten är motiverad.

Ansökan om vård sker frivilligt och ofta i samarbete med socialterapeuten som ofta hjälper klienten med den skriftliga formuleringen. Beslutet om ifall anstaltsvård beviljas tas av A-klinikens föreståndare tillsammans med hälsovårdsläkaren. Socialterapeuten menar att så gott som alla beviljas vård om man kommit till det att ansökan görs! Besvärsproceduren föreföll inte vara klar då socialterapeuten inte kunde ge besked om hur det går till. Möjligheten att överklaga finns inte enligt socialterapeuten, men ifall man inte accepterar beslutet borde man kunna gå vidare till individsektionen funderar hon. Terapeuten och klienten försöker lösa situationen på bästa sätt och tillsammans hitta lösningar.

8 Kritisk granskning och slutdiskussion

Målet med undersökningen var att utreda om kommunernas representanter i allmänhet var nöjda med hur kommunens missbrukarvård ordnats, ifall det utbud som finns till kommunmedlemmarnas förfogande omfattar de behov som finns och om kommunerna då är villiga att köpa tjänsterna från tredje sektor eller om man vill utöka utbudet i den egna kommunen.

Svaren på frågan om verksamheten är utformad så att det finns flera stöd- och vårdalternativ blir därför särskilt intressant för arbetet. På den frågan har 16 personer svarat "ja, i någon mån" medan 5 personer svarat "ja, i hög grad". Det innebär alltså att man anser att servicens utformning erbjuder ett tillräckligt utbud av tjänster. Man kunde därmed säga att syftet med undersökningens är utträtt och konstatera att behov inte finns av att köpa tjänster utifrån. Men redan då man kommer till nästa fråga ser man att svaren inte är stringenta. Detta märks bland annat då frågorna går in i närmare detaljer och gör skillnad mellan öppenvårdens åtgärder samt anstalts- och institutionsvård. Undersökningen visar att det finns behov av tilläggstjänster och resurser då det gäller öppenvården. Man är alltså överens om att det finns ett tillräckligt utbud av anstalts- och institutionsvård. Beträffande öppenvården går dock åsikterna isär då vissa tycker att den är tillräcklig och andra otillräcklig. Detta kan bero på två saker, antingen att man bor i, och representerar, en kommunal del som har en tillfredställande eller otillfredsställande öppenvård. Här blir då frågan om vårdens tillgänglighet i frågan om tid och avstånd avgörande. Det blir alltså en tolkningsfråga om tillgänglighet i tid och avstånd. Öppenvården i sin karaktär betraktas troligen som en vårdform som bör vara lokal - därav skiljaktigheterna i svaren när man går närmare in i detaljerna.

Vid närmare granskning på djupare detaljnivå konstaterades alltså att det i vissa kommunal delar finns ett behov av tilläggstjänster då det gäller öppenvården, speciellt stödboendet och dagcenterverksamheten. Då återstår frågan om man är villig att betala för denna service. Här är inte lagen till så stor hjälp då den säger att det inom kommunen bör finnas den angivna vården, alltså har vi här kanske en av de "fördelar", i alla fall ekonomiska sådana, med sammanslagningarna av kommuner. De flesta av nämndemännen visade sig vara positivt inställda till att, på ett eller annat sätt, ordna med finansieringen av öppenvårdstjänsterna, antingen genom köp från grannkommun eller tredje sektorn, stöd med RAY-medel eller finansierat helt med egna medel.

Svarsprocenten på ca 30 % var oväntad. Enligt min uppfattning var enkäten lätt att fylla i och tog inte mycket tid i anspråk. Detta får mig att fundera på varför svarsprocenten varit så liten trots många påminnelser? Den förklaring som ligger närmast tillhands kunde kanske vara att nämndemännen eventuellt får många liknande frågeformulär och därför inte hinner och prioriterar ett studiearbete. Ett annat alternativ kan vara att nämndarbetet innefattar en mängd av inläsning då beredningen ibland kan vara gedigen och att man därför väljer bort en liknande undersökning för att prioritera annat. Naturligtvis kan det också röra sig om bristande intresse eller engagemang men det kan också förhålla sig så att man varit rädd att avslöja sin okunskap och inte hunnit eller orkat läsa in sig i ämnet. Detta leder vidare till nästa sannolika antagande om att nämndemännen i huvudsak förlitar sig på den beredning som föreligger vid varje enskilt ärende. Jag förväntar ju mig ändå att de som sitter med i en nämnd gör det därför att de är intresserade av nämndens arbete och vill utföra det på bästa sett. Men kan det ännu en gång vara så att just missbrukarvården inte får så hög prioritet när det

gäller intresse och engagemang eller är detta ett generellt förfaringsätt vid beslut inom de olika nämnderna. Att vara involverad i beslutsfattande inom frågor där man inte är bekant med lagar och styrintstrument känns synnerligen opassande.

Jag måste erkänna att jag närmade mig ämnet med en mycket kritisk inställning till kommunernas arrangemang av missbrukarvården. Men när jag granskat kommunernas missbrukarvårdsstrategier har jag dock i någon mån dämpat min kritik. Vi vet alla att förändringar tar tid och att nutiden länge får bära med sig "skammen" av det som varit. Kanske har det skett förändringar som ännu inte blivit så synliga och ristats så djupt i erfarenheten hos oss som jobbat med missbruksproblematiken som de många besvikelser som vi bär spår av. Kommunerna har gjort upp goda missbrukarvårdsstrategier men inte alltid varit så bra på att följa upp dem. Detta trots att själva uppföljningen är en av de mest avgörande faktorer för hur den betydelse som strategin kommer att få på det faktiska arbetet och dess kvalitet. Den eller de personer eller grupper som har blivit utnämnda för att följa upp strategin har en absolut nyckelställning. Det torde inte vara alltför långsökt att konstatera att en målsättning som inte följs upp blir mer eller mindre värdelös. Möjligen kan man i själva arbetet hitta små förbättringsjusteringar som man kan göra direkt, men en målsättning förutsätts vara utformad så att den går att utvärdera och följas upp för att den planen skall äga relevans. Naturligtvis är det en fråga om prioritering av arbetstid. Dock har jag starka skäl till att tro att prioriteringen av uppföljningen av planen skulle ge större och mera hållbara resultat än de man får genom att prioritera enskilda klienter. Om vi då utgår från att uppföljningen av strategierna är av största vikt, kan vi konstatera att jämlikheten i vården fortfarande i högre grad är upp till den lokala personalens förmåga att organisera sig och samarbeta. På något sätt borde man hitta system, vilket även en del av de forskningsrapporter som jag i detta arbete använt mig av antyder, som ger en fungerande organisation där uppdatering och uppföljning fungerar.

Det som jag dock tycker mig ha uppfattat när jag gjort denna undersökning är att mycket är på gång inom detta område vilket bådär gott inför framtiden, förutsatt att inte kommunernas ökade sparbehov hindrar den positiva utvecklingen, vilket i skrivande stund utgör allvarliga hot.

På det stora hela så har alltså undersökningen gett en positiv bild av utvecklingen i kommunerna. Nu får vi bara hoppas att de brister som ännu finns och blivit kartlagda kan avhjälpas på ett bra sätt för alla parter.

När det gäller bedömningen av behoven av vård inom kommunerna finns det så kallade mätinstrument för den saken. Flera samstämmiga forskares åsikter är ganska inexakta. Här återstår alltså ännu, som det kommer fram i texten, mycket att göra. Dokumentation bör bli bättre så att man på ett mera exakt sätt kan se vilka kostnader och vilka vårdåtgärder som direkt eller indirekt är relaterade till missbrukarproblem. Då menar jag inte bara missbrukarens egna medicinska och psykologiska skador samt vårdbehov, utan också, de anhörigas ökade sjukvårdsbehov och frånvaro från arbete. På grund av närståendes missbruk. Tanken att de olika enheterna skall ha kontakt med varandra så att man vet om arbetsmetoderna och olika enheters klientel är också bra. Men även här rasar systemet ihop om man inte har någorlunda regelbunden uppföljning.

Källförteckningen

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur

Stakes (2007): *Ehkaisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Tukiaineisto, hyvinvoinnin edistäminen*. Helsinki: Stakes, Paintek.

Nakken, C. (1996). *Jaget och Missbrukaren*. Stockholm: Proprius

Johansson, K. & Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och kultur

Heilig, M. (2005/2006). *Alkohol – Riskbruk, missbruk och beroende*. Stockholm: Läkemedelsboken Apoteket AB

Roselius, M & Sundell, K. (red.) (2008). *Att förändra socialt arbete*. Stockholm: Gothia Förlag.

Väärälä, R., Vuorinen, V., Kuusisto, R., Iivonen, E., Sääntti, R., Äijö, K. & Palola, E. (2012). *"Reform av socialvårdslagstiftningen" Slutrapport av arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningen*. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Helenelund, J-E (2011). *Rätten till boende/bostad ur ett bostadslöshetssperspektiv*. Vasa: Universitas Wasaensis

Kekki, T & Kajander, P (2008). *Päihdestrategia työnohjaajana, Korjaava päihdetyö sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon*. Helsingfors: Stakes

Anonyma Narkomaner (2002). *Tolv steg och tolv traditioner*. Helsingfors: AA Word Services, Inc.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård (2009/1806). <http://www.edilex.fi/> hämtad (9.3.2013).

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Social- och hälsovårdsministeriet 2005 www.finlex.fi hämtad (9.3.2013).

Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer (2001). <http://www.stm.fi> (hämtad 12.2.2013).

Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården (2002). <http://www.stm.fi> hämtad (12.2.2013).

Joskinen, V. & Back, E. & Linden, C. & Näse, S och Granholm, P. *Gemensam morgondag. Jakobstadsregionens rusmedelsstrategi 2008-2010*. Jakobstadsnäjden²

² Uppgifter för tryckår ort och förlag saknas men förmodligen är orten Jakobstad och tryckåret 2011,

<http://www.kronoby.fi/contentlibrary/Planer/Jakobstads%20regions%20rusmedelsstrategi%202008-2010.pdf>

Jokinen, M. och Söderman, H. (2009). Vasaregionen – för en nykter framtid *Vasaregionens rusmedelsstrategi*. Vasa.

Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer (2005). om *Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården* <http://www.stm.fi> (hämtad 12.2.2013).

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård 29.12.2009/1806. <http://www.stm.fi> (hämtad 12.2.2013)

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter (2009). *Plan för mentalvård- och missbruksarbete*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-002819-0> (hämtad 12.2.2013)

Social- och hälsovårdsministeriets broschyr (2005)swe. *Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården*. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors <http://www.stm.fi> (hämtad 12.2.2013)

Social- och hälsovårdsministeriets publikation (2012) *Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. KASTE 2012-2015*. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors <http://www.stm.fi> (hämtad 12.2.2013)

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000 www.finlex.fi (hämtat 9.3.2013).

Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992 www.finlex.fi (hämtat 9.3.2013).

Bilaga 1

1 Öppenvårdstjänster för missbrukare

Välj det svarsalternativ som på bästa sätt överensstämmer med din uppfattning.

1.1 Är servicen utformad så att flera stöd eller vårdalternativ erbjuds? *

- ☐ Ja, i rätt hög grad
- ☐ Ja, i någon mån
- ☐ Nej, inte alls

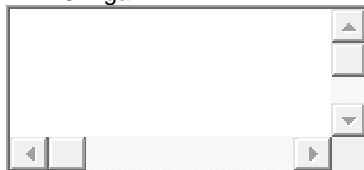
1.2 Hur tillgängliga är öppenvårdstjänsterna ifråga om tid? *

- ☐ Bristfälligt (enbart dagtid)
- ☐ Tillfredsställande (dagtid + dejour under kvällar, nätter och veckoslut)
- ☐ Vet ej

1.3 Hur tillgängliga är öppenvårdstjänsterna då det gäller avstånd? *

Hur långt skall man kunna kräva att en person tar sig för att söka hjälp?


- ☐ Tillfredsställande nivå (tjänsterna finns inom kommunen eller i grannkommunerna, max 30 km resväg från kommuncentrum)
- ☐ Bristfällig nivå (tjänsterna är svåra att nå på grund av långa avstånd (> 30 km) eller dåliga bussförbindelser)
- ☐ Övriga kommentarer om tillgängligheten



1.4 Kommunen har avtal som tryggar vårdbehovet, inga ytterligare avtal behövs *

- ☐ Ja
- ☐ Nej, servicen borde kompletteras genom nya avtal
- ☐ Vet ej

1.5 På vilket sätt har man bedömt behoven av stödåtgärder för missbrukare? *



1.6 Vad anser du om utbudet av öppenvårdstjänster för missbrukare i din kommun? *

- ☐ finns i tillräcklig utsträckning
- ☐ finns för litet utbud
- ☐ vet ej

1.7 Vad saknas när det gäller öppenvårdstjänster för missbrukare i din kommun? *

1.8 På vilket sätt anser du det möjligt att komplettera eller förbättra den öppna vården för missbrukare i din kommun? *

Du kan ange flera svarsalternativ

- ☐ köp av tjänster från producent inom tredje sektorn som stöds av RAY
- ☐ köp av tjänster från producent inom tredje sektorn som inte har RAY-stöd
- ☐ köp av tjänster från andra kommuner
- ☐ genom att utöka servicen som produceras i egen kommun (t.ex. genom nya tjänster eller verksamhetspunkter)

Nästa sida

2 Utvärdering av olika öppenvårdsenheter

2.1 Hur tillgänglig är A-klink/A-rådgivning i din kommun ifråga om tid? *

- ☐ Bristfälligt (enbart dagtid)
- ☐ Tillfredsställande (dagtid + dejour under kvällar, nätter och veckoslut)
- ☐ Vet ej
- ☐ Annat

2.2 Hur tillgänglig är A-klinik/A-rådgivningstjänsterna i din kommun ifråga om avstånd? *

- ☐ Lättillgänglig (har utlokaliserad mottagning i grannkommunerna)
- ☐ Långa avstånd, längre en 30 km (ingen utlokaliserad mottagning)
- ☐ Vet ej
- ☐ Övriga kommentarer

2.3 Har kommunen dagcenterverksamhet för missbrukarvårdens klienter? *

- ☐ Ja, finns i tillräcklig utsträckning
- ☐ Ja, men inte i tillräcklig utsträckning
- ☐ Nej



Övriga

kommentarer

2.4 Är dagcenterverksamheten lättillgänglig? *

Med lättillgänglig avses placeringen, avstånd, öppenhållningstider osv



Mycket



Tillfredställande



Någorlunda



Svårtillgänglig



Annat

- 2.5 Har kommunen en hemvård riktad till missbrukare? *
- ☐ Finns i tillräcklig utsträckning
- ☐ Finns för litet utbud
- ☐ Finns inte
- ☐ Vet ej

- 2.6 Har kommunen stödbostäder för missbrukare? *
- ☐ Ja, det finns ett tillräckligt utbud
- ☐ Ja, men fler bostäder behövs
- ☐ Stödbostäder saknas

- 2.7 Hur är kommunens arrangemang för avbrytningsvård/ tillnyktring? *
- ☒ Otillfredsställande arrangemang, behöver förbättras
- ☐ Fungerar bra
- ☐ Vet ej
- ☐ Annat

2.8 Finns köp av tjänster från producenter inom tredje sektorn med i kommunens missbruksstrategi (strategi för missbruks- och mentalvårdsarbetet)? *

- ☐ Finns inte med
- ☐ Finns med, kommentera i rutan nedanför vilka vårdformer det gäller
- ☐ Vet ej

2.9 Representerar du värdkommunen i en samkommun? *

☐ Ja

☐ Nej

☐ Annat

2.10 Deltar du i enkäten i egenskap av: *

- ☐ ordinarie
- ☐ ersättare
- ☐ tjänsteman

2.11 Övriga kommentarer om kommunens missbrukarvård

Föregående sida

Spara